SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE

ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1897.

ZWEIHUNDERTUNDDREIUNDFÜNFZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1897.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

JAHRBÜCHER

der

In- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 253. 1897. № 1.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **Ueber die Eiweissstoffe der Milch und die Methoden ihrer Trennung**; von Dr. A. Schlossmann. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 3. p. 197. 1896.)

Um in der Milch das Casein vom Albumin (und Globulin) gut zu trennen, hat in jüngster Zeit Lehmann die Milch durch poröse Thonkörper filtrirt, wobei Casein zurückgehalten wird und Albumin durchgeht (wohl auch Globulin). Man erhält so für Frauenmilch 1.2% Casein, 0.5% Albumin und für Kuhmilch 3.0% Casein, 0.3% Albumin. Das Verhältniss von Casein zu Albumin ist also in der Frauenmilch 12 : 5, in der Kuhmilch 10 : 1. Die Kuhmilch enthält also viel zu wenig Albumin.

Die Lehmann'sche Trennungsmethode ist nun sicher gut, aber nicht für die Praxis geeignet; S. giebt dafür eine andere Methode an: 10 ccm Milch werden mit 3—5 Theilen Wasser verdünnt, auf 40° erwärmt. Dann wird 1 ccm concentrirter Kalialaunlösung hinzugesetzt. Man wartet unter Umrühren ab, ob mittelflockige Coagulation und rasches Absetzen der Coagula erfolgt, sonst wird immer noch $^1/_2$ ccm Alaunlösung hinzugesetzt. Nach etwas Stehenlassen wird unter Zusatz von Calciumphosphat filtrirt (wiederholt). Im Niederschlage ist das Casein enthalten. Das Filtrat giebt mit Tanninlösung einen das Albumin und Globulin enthaltenden Niederschlag. In beiden Niederschlägen wird der Stickstoff nach Kjeldahl bestimmt.

V. Lehmann (Berlin).

2. **Ueber den Eiweissgehalt pathologischer Flüssigkeiten**; von Prof. Adolf Ott. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 4. p. 283. 1896.)

Man hat schon öfter den Eiweissgehalt von Exsudaten und Transsudaten untersucht und sich bemüht, daraus diagnostische Merkmale zu gewinnen, wie auch eine Constante zwischen specifischem Gewicht und Eiweissmenge aufzustellen. O. zeigt nach Untersuchung von 43 derartigen Flüssigkeiten, dass sich aus dem Eiweissgehalte auf die Natur der Erkrankung nicht schliessen lässt und dass eine constante Beziehung zwischen specifischem Gewicht und Eiweissgehalt ebenfalls nicht zu bestimmen ist. Er macht ferner darauf aufmerksam, dass nach Punktionen der Eiweissgehalt gewöhnlich zunimmt.

V. Lehmann (Berlin).

3. **Ueber Eiweisskörper im Urin bei Osteomalacie**; von Dr. M. Matthes. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 476.)

M. hat den in einigen Fällen von Osteomalacie im Urin beschriebenen Eiweisskörper untersucht. Wahrscheinlich hat es sich in den 4 in Betracht kommenden Fällen, die sämmtlich Männer betreffen, nicht um Osteomalacie, sondern um multiple Myome des Knochenmarks gehandelt. Dafür spricht auch das Krankheitbild in dem von M. studirten Falle.

Der Körper zeigt zunächst, wie die früher beschriebenen, Fällung bei niederer Temperatur, 53°, und löst sich beim Erwärmen über 60° wieder auf. Auch die durch Essigsäure und Ferrocyankalium bewirkte Fällung löst sich beim Erwärmen. Im Harn fällt der Körper oft spontan aus.

Der Coagulationpunkt wechselt sehr, je nach Salz- und Säuregehalt. Die Fällung bei 40—60° ist keine eigentliche Coagulation, denn sie lässt sich in kohlensaurem Natron lösen und giebt wieder die ursprünglichen Reaktionen.

Der Körper zeigt die Eigenschaften der Albumosen. Zerlegt man ihn aber durch längere Magensaftverdauung, so spaltet sich ein eisenhaltiges Nuclein ab. Der Körper ist also eine Nucleoalbu-

mose und wahrscheinlich von dem im Knochenmark enthaltenen eisenhaltigen Nucleoalbumin abzuleiten.

Bei einer typischen puerperalen Osteomalacia ist der Körper bisher nie gefunden worden.

V. Lehmann (Berlin).

4. **Zur vergleichenden Schätzung der verschiedenen Methoden für die quantitative Eiweissbestimmung im Harn**; von Dr. Wassiliew. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 37. 1896.)

W. giebt eine neue Methode zur quantitativen Eiweissbestimmung im Harn an. Er titrirt 10—20 ccm Harn (eventuell verdünnt), denen 2 Tropfen einer 1proc. wässerigen Lösung von Echtgelb (Anilinfarbe) hinzugefügt sind, mit einer 25proc. Lösung von Salicylsulfonsäure bis zum Erscheinen einer rothen Farbe. 1 ccm der Salicylsulfonsäurelösung entspricht 0.01006 g Eiweiss.

Beim Vergleiche der so erhaltenen Zahlen mit den durch Alkoholfällung und Gewichtsbestimmung gewonnenen zeigten sich nur unerhebliche Unterschiede.

V. Lehmann (Berlin).

5. **Notes on creatinine**; by P. C. Colls. (Journ. of Physiol. XX. 2 and 3. p. 107. 1896.)

C. fand, dass Kreatinin aus wässeriger Lösung durch Bleiacetat und Ammoniak gefällt wird, dass also der so aus Harn erhaltene Niederschlag nicht allein auf Zucker zu beziehen ist, wie es Pavy gethan hat.

Ferner hat er durch die Methode von Johnson (Zusatz von gesättigter Natriumacetatlösung und gesättigter Sublimatlösung in bestimmten Verhältnissen, wodurch ein charakteristisches Kreatininquecksilber gebildet wird) die Gegenwart von geringen Kreatininmengen im Blute nachgewiesen.

V. Lehmann (Berlin).

6. **Ueber eine neue Bereitungsweise des Pepsins**; von C. A. Pekelharing. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 3. p. 233. 1896.)

Aus künstlichem Magensaft gewann P. durch Dialyse gegen Wasser eine Substanz, die in 0.1 proc. HCl leicht, in 0.02proc. HCl schwer löslich ist. Diese Substanz zeigt, in ihrer Lösung mit Salzsäure versetzt, sehr kräftige eiweissverdauende Wirkung.

Die Substanz giebt die Eiweissreaktionen und ist phosphorhaltig. Wird die saure Lösung dieses phosphorhaltigen Eiweissstoffes *schnell* über der Flamme erhitzt, so spaltet er sich in ein bei saurer Reaktion unlösliches Nucleoproteïd, eine in warmem Alkohol leicht, in kaltem schwer lösliche P-haltige Substanz und eine Albumose. Die Natur der zweiten phosphorhaltigen Substanz ist noch nicht festgestellt. Die complicirte Eiweisssubstanz hat wohl nicht das Pepsin mechanisch mitgerissen, sondern ist selbst das Pepsin, was daraus hervorgeht, dass noch ein tausendstel Milligramm in einigen Stunden eine Fibrinflocke löst.

Bei *langsamer* Erhitzung wird aus dem Pepsin das Nucleoproteïd nicht gefällt, es tritt aber doch Zersetzung ein und zugleich verschwindet die eiweissverdauende Wirkung.

V. Lehmann (Berlin).

7. **Zur Kenntniss der Spaltungsprodukte des Carniferrins**; von Paul Balke. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 3. p. 248. 1896.)

Die von Siegfried aus dem Carniferrin erhaltene Fleischsäure ist, wie Siegfried vermuthete und wie B. nun eingehend zeigt, mit dem Kühne'schen Antipepton identisch.

Diese Fleischsäure konnte durch Baryumpermanganat oxydirt werden. Die Analysenwerthe der so erhaltenen Oxyfleischsäure stimmen mit den für Fleischsäure berechneten überein, dagegen muss das Molekulargewicht der Oxyfleischsäure 3mal so gross sein als das der Fleischsäure.

Die Oxyfleischsäure ist zweibasisch. Sie wird gefällt durch Pikrinsäure, Phosphorwolframsäure, Tannin, Ammonsulfat. Nicht gefällt wird sie durch Bleiessig, sowie durch Essigsäure und Ferrocyankalium. Sie giebt Biuretreaktion, aber nicht Millon's Reaktion.

Das aus Milch gewonnene Carniferrin liefert beim Erhitzen mit Barythydrat neben Gährungsmilchsäure und Bernsteinsäure eine der Fleischsäure sehr nahe stehende Säure, die von B. „Oxylsäure“ genannt wird.

Die Analysen der Oxylsäure ergaben die Formel $C_{18}H_{32}N_4O_8$. Die Oxylsäure ist zweibasisch. Durch Salzsäure bei 130° wird sie gespalten, wobei sich u. A. Leucin bildet. V. Lehmann (Berlin).

8. **Ueber Schwefelbestimmungen in verschiedenartigen animalischen Substanzen und in Haaren von Thieren verschiedenen Alters**; von Dr. Franz Düring. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 3. p. 281. 1896.)

D. empfiehlt die Schwefelbestimmung nach v. Asbóth als bequem und zuverlässig: 0.5—1 g Substanz wird mit 10.0 calcinirter Soda und 5.0 Natriumsuperoxyd gemischt und schwach erwärmt. Wenn die Mischung zu schmelzen beginnt, wird die Flamme verstärkt und es wird bis zum Dünnflüssigwerden der Schmelze erhitzt. Die kalte mit Wasser aufgenommene Schmelze wird filtrirt, mit bromhaltiger Salzsäure angesäuert und bis zum Verschwinden des Brome gekocht. Dann Fällung mit Chlorbaryum.

D. hat ausser anderen organischen Substanzen Kaninchenhaare verschiedenen Alters nach dieser Methode analysirt und fand, dass der Schwefelgehalt mit dem Alter steigt.

V. Lehmann (Berlin).

9. **Sur l'action biologique de quelques nouveaux composés oxygénés d'azote.** Recherches expérimentales des Dr. Lodovico Beccari et Enrico Rimini. (Arch. ital. de Biol. XXV. 3. p. 449. 1896.)

Man hat in neuerer Zeit das Natrinmsalz der bisher nicht bekannten Säure $H_2N_2O_3$ dargestellt. Dieses Salz zersetzt sich leicht unter Bildung von N_2O_3. Setzt man dem Blute eine Lösung dieses Salzes zu, so wird das Blut braunroth, behält aber die Oxyhämoglobinstreifen, die auch durch Reduktionmittel nicht verschwinden. Es scheint sich Stickoxydhämoglobin zu bilden, wofür auch die spektroskopischen Messungen sprechen.

Das Salz ist zwar sehr giftig und tödtet Ratten in kurzer Zeit, scheint aber nicht direkt auf das Blut zu wirken. V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

10. **Zweiter Beitrag zur Granulafrage**; von Max Münden. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 3 u. 4. p. 269. 1896.)

Es ist schwer, im Referate dem Inhalte einer Arbeit gerecht zu werden, die nach M.'s eigenen Worten darauf hinausläuft, dass die Zelle als kleine und die Gewebe, bez. das Metazoon als sehr grosse Schizomycetenrasen aufzufassen seien. Für M. bestehen keine Zweifel darüber, dass die Zelle ein Staat von Granulis, von Cytoblasten (Altmann) ist. Diese Cytoblasten stehen der Zelle genau so gegenüber wie die Zelle, das Protozoon, den Metazoen: als Metacytoblasten bilden sie die Zelle, als Protocytoblasten leben sie einzeln und werden dann Bakterien, Vibrillen, Kokken u. s. w. genannt. Sie wachsen, vermehren sich, besitzen Eigenbewegung und sterben auf lebensfeindliche Mittel hin ab. Die Summe der Lebenserscheinungen ihres Verbandes bildet das Leben der Zelle. Wird der Verband gelöst, so hört diese Gesammtäusserung, das Leben der Zelle, auf. Der Cytoblast aber kann noch lange weiter leben und sich weiter entwickeln. Auch er ist noch nicht die tiefste Stufe lebendiger Substanz u. s. w. Kurz, wir finden hier die Altmann'sche Granulatheorie in ihren Consequenzen weiter geführt bis zu einem Punkte, der vielleicht dem Vater dieser Theorie selbst nicht erwünscht ist. Betrachtet man sich aber die Beobachtungen, die zur Unterstützung dieser weit ausschauenden Hypothesen beigebracht werden, so muss Ref. ehrlich bekennen, dass er in ihnen auch nicht den schwächsten Beweis für eine vitale Natur der Zellgranula zu finden vermag. Der einzige Punkt, worin ihm die Granula gewissen Bakterienarten vergleichbar erscheinen, ist der, dass sie schon viel Unheil angerichtet haben.

Teichmann (Berlin).

11. **Die Betheiligung von Centralkörper und Sphäre am Aufbau des Samenfadens bei Säugethieren**; von Carl Niessing. (Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 1. p. 111. 1896.)

Die Untersuchungen wurden am Hoden vom Meerschweinchen, von der Ratte und der Maus angestellt. Als ihr hauptsächliches Ergebniss bezeichnet N. den Nachweis, dass bei den von ihm untersuchten Säugethieren das Centrosoma mit gewissen Sphärentheilen in den Samenfaden aufgenommen wird und sich an das vorderste Ende des Samenfadenkopfes als „Spitzenknopf" ansetzt; dass ferner gewisse andere Sphärentheile zur Kopfkappe umgewandelt werden und dass der Achsenfaden nicht aus dem chromatoiden Nebenkörper hervorgeht, sondern aus dem Kern.

Teichmann (Berlin).

12. **Beiträge zur Physiologie des Neugeborenen**; von Dr. H. Reusing in Würzburg. II. Theil. *Die Ausscheidung fremder, von der Mutter auf den Fötus übergegangener Stoffe mit dem Urin des Neugeborenen.* (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIV. 1. p. 40. 1896.)

Zur Ergänzung früher (Jahrbb. CCXLIX. p. 9) mitgetheilter Beobachtungen hat R. versucht, auf experimentellem Wege den Nachweis zu liefern, dass es in der That in der ersten Zeit des extrauterinen Lebens zu einer vorübergehenden Verhaltung der durch die Nieren auszuscheidenden Stoffwechselendprodukte kommen muss.

R. hat zu seinen Versuchen einen Farbstoff, das Methylenblau, benutzt, der mit dem Urin des Kindes wieder ausgeschieden wird und wegen seiner starken Färbekraft und Farbenbeständigkeit sich leicht quantitativ auf colorimetrischem Wege bestimmen lässt. Von Wichtigkeit ist dabei, dass das Methylenblau nicht in die Milch übergeht. R. hat im Verlaufe von 4 Monaten an 42 Schwangeren und Kreissenden Versuche mit Methylenblau angestellt.

Die Versuche ergaben, dass die Ausscheidung des Methylenblau genau in derselben Weise erfolgt wie die des Harnstoffs: sie steigt vom Moment der Geburt bis etwa zum 3. Tage procentual und absolut. Die Funktion der Niere war in den ersten Tagen des extrauterinen Lebens ungenügend, denn sonst hätte, wie unter normalen Verhältnissen beim Erwachsenen, das Maximum der Ausscheidung in die Zeit fallen müssen, in der der Organismus am meisten von dem auszuscheidenden Stoffe enthielt. Vom 4. Tage ab sind nach R. die Verhältnisse wieder normal, die Stoffwechselprodukte werden, sobald sie gebildet sind, abgeführt, die Elimination fremder Stoffe beginnt in vollem Umfange, sobald sie vollständig resorbirt sind.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

13. **Mittheilungen über elastisches Gewebe im menschlichen Auge**; von Dr. H. G. Stutzer in Greifswald. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 42. 1896.)

St. fand bei seinen Untersuchungen, dass die Menge der elastischen Fasern in verschiedenen

gleich behandelten Augäpfeln ganz verschieden sei, wobei noch hervorzuheben wäre, dass nicht alle Arten von elastischen Fasern sich gleich stark färben. Entsprechend dem Befunde, den Sattler bei dem letzten Ophthalmologen-Congresse in Heidelberg angegeben hat, fand auch St. die grösste Menge elastischer Fasern in der Episklera, in der Wand des Kammerwinkels, in dem Brücke'schen Muskel, wo sie ähnlich Haarlockenbündeln mit einander parallel, aber einzeln streng von einander isolirt, verlaufen. Sehr reich ist auch die Aderhaut an elastischen Fasern. Zur Färbung der Schnitte benutzte St. eine 1proc. Orceinlösung nach vorhergegangener Härtung der Augäpfel in Alkohol.

Lamhofer (Leipzig).

14. Nouvelles contributions à l'étude histologique de la rétine et la question des anastomoses des prolongements protoplasmiques; par le Prof. S. Ramon y Cajal, Madrid. (Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 5. p. 481. Sept.—Oct. 1896.)

Zum Verständnisse der Beschreibung aller dieser verschiedenen kleinsten Schichten, Fasern und Zellen der Netzhaut sind die Abbildungen der mikroskopischen Präparate, die auf 5 Tafeln der Abhandlung beigegeben sind, unbedingt nothwendig. Nachdem wir bereits wiederholt die früheren allgemein anerkannten histologischen Befunde des berühmten Forschers besprochen haben, können wir von dieser Abhandlung nur kurz den Hauptinhalt angeben. Sie enthält Schilderungen über die Entwickelung der Stäbchen und Zapfen und anderer Zellen der Retina; über das Vorkommen gewisser, bisher noch nicht bekannter Elemente zwischen den Spongioblasten bei den Vögeln; über ganz typische sternförmige Zellen in der Schicht der bipolaren Zellen, wiederum bei den Vögeln; über die verschiedensten Formen und Lagerungen von amakrinen Zellen in der Ganglienzellenschicht; über die äussere Körnerschicht der Vogelretina nach Färbung mit Methylenblau und über centrifugale Fasern und ihre Verbindungen mit amakrinen Zellen. Lamhofer (Leipzig).

15. Ueber Stäbchen- und Zapfensehschärfe; von Cand. med. Felix Köster in Zürich. (Centr.-Bl. f. Physiol. X. 15. p. 433. 1896.)

Die Hell- oder Zapfensehschärfe fand K. an seinem eigenen Auge am grössten in der Mitte; sie sinkt dann steil bis zum 5. Grade, weniger steil von da bis zum 30. Grade. Die Dunkel- oder Stäbchensehschärfe war in der Netzhautmitte gleich Null und war auffallender Weise erst bei 5° bemerkbar, von da bis 10° stieg sie rasch und blieb sich dann nahezu gleich.

Lamhofer (Leipzig).

16. Vergleichende Untersuchungen über Raum-, Licht- und Farbensinn in Centrum und Peripherie der Netzhaut; von Dr. Guillery in Cöln. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XII. 3 u. 4. p. 243. 1896.)

Der erste Theil der Arbeit G.'s enthält eine Besprechung der Versuche, die einzelnen Qualitäten der Wahrnehmungen unseres Sehorganes zu prüfen und das Ergebniss mit verschiedenen Formen der lichtempfindenden Gebilde zu verknüpfen. Dabei wurde oft Raum- und Lichtsinn verwechselt insofern, als eine blose Raumwahrnehmung als Lichtsinn gedeutet wurde. Im zweiten Theile der Abhandlung sind ausser im Texte, noch in Tabellen und Curven die Werthe angegeben, die G. bei seiner Prüfung des Auges, und zwar gradweise vom Centrum nach der Peripherie hin in den vier Hauptmeridianen für Raum-, Licht- und Farbensinn gefunden hat. Das Auge sah dabei durch eine dunkle Röhre auf einen 2 mm grossen, 1 m entfernten und durch Einschaltung einer Convexlinse von 25 mm Focaldistanz in die Röhre beliebig zu verkleinernden schwarzen Punkt auf weissem Grunde. Der ermittelte Durchmesser für den physiologischen Punkt war aus 10 Messungen bei centraler Fixation = 0.0035 (Durchmesser eines Zapfens der Fovea = 0.0045) und wurde ganz in Uebereinstimmung mit den Untersuchungen von Groenouw verschieden gross in den einzelnen Meridianen nach der Peripherie zu gefunden. Es nimmt also die Leistungsfähigkeit des Raumsinnes der Retina nach der Peripherie hin ab. Für den Lichtsinn wurde bisher das Gegentheil behauptet. G. suchte die Bildgrösse zu bestimmen, die erforderlich war, um eben einen Helligkeitunterschied wahrzunehmen. In ähnlicher Weise wie bei der Prüfung des Raumsinnes wurden zwei graue Kreisflächen von 2 mm Durchmesser beobachtet. Auch für den Lichtsinn gilt das Gesetz, dass er nach der Peripherie hin immer geringer wird (0.0045 mm im Centrum bis 0.1 bei 60°). Für die Farbensinnprüfung wurde eine passende Zusammenstellung am Farbenkreisel beobachtet. Für das Centrum ergab sich ein Durchmesser des Netzhautbildchens von 0.019 bei blau, 0.007 gelb, 0.007 roth, 0.011 grün. G. beobachtete dabei, dass seine Fovea nicht blaublind sei, da er ein blaues Pigment bei centraler Fixation erkennen konnte bei einem Netzhautbilde, dessen Durchmesser den der Fovea bei weitem nicht erreichte. Doch ist die Blauempfindung im Centrum geringer, als die der übrigen Farben, nach G. sogar geringer, als in der äussersten Peripherie. Im innern und äussern Meridiane ist die Abnahme der Farbenempfindung geringer, als im obern und untern. Es lässt sich durch die einzelnen Prüfungergebnisse gleichsam ein geometrisches Bild der Vertheilung der verschiedenen empfindenden Substanzen entwerfen und wir finden dann z. B., dass jeder Punkt der Netzhant, an dem alle 4 Farben wahrgenommen werden, am leichtesten von Blau und Gelb, am schwersten von Roth und Grün erregt wird.

Lamhofer (Leipzig).

17. **Die Sehleistungen der Helgoländer und der auf Helgoland stationirten Mannschaften der kaiserlichen Marine**; von Prof. H. Cohn in Breslau. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 43. 1896.)

C. prüfte unter freiem Himmel mit Hülfe von Hakenfiguren die Augen von Fischern und Matrosen auf Helgoland und fand, dass von den Fischern nur 9% eine unternormale, 5% eine normale, dagegen 86% eine übernormale, von den letzteren 30% eine 2—3fache Sehschärfe hatten. Das Mittel aus Allen ergiebt eine fast doppelt so grosse Sehschärfe als normal. Dieses Mittel gilt für Fischer und Matrosen zugleich. Die übrigen Verhältnisse waren bei den Matrosen ganz ähnlich, nur noch etwas besser. Unter den Fischern waren aber viele alte Leute.

C. giebt noch eine Zusammenstellung der Sehschärfe, wie sie von Aerzten und Reisenden bei Naturvölkern gefunden wurde. Auch hier ist die übernormale Sehschärfe (im Verhältnisse zu der allgemeinen Sehschärfe bei uns), manchmal his zum 6fachen, die Regel. Lamhofer (Leipzig).

18. **Die Tscherning'sche Accommodationstheorie**; von Dr. A. Crzellitzer aus Breslau. (Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 36. 1896.)

Die mit 35 Figuren versehene Abhandlung C.'s giebt eine zusammenfassende Darstellung nach den Arbeiten Tscherning's und nach C.'s eigenen Versuchen. Danach ist: die Accommodationbreite für die Randstrahlen geringer als für die Mittelstrahlen. Es müssen demnach die Flächen der accommodirten Linse in der Mitte stärker brechend sein als am Rande, eine Bedingung, die bei allen peripherisch abgeflachten Flächen, z. B. auch bei Rotationhyperboloiden erfüllt wird. Nun beweist die Reflexion an der accommodirten Linsenvorderfläche, dass diese in der That peripherisch abgeflacht ist, und zwar so, dass ihre Gestalt einem Hyperboloid sehr nahe kommt. Ein Zug an der Zonula flacht die Linse im Ganzen nicht ab, sondern ändert die vorher sphärischen Flächen in der Art, dass die Krümmung in der Mitte zunimmt und am Rande abnimmt. Daher ist es wahrscheinlich, dass während der Accommodation ein Zug an der Zonula statthat, der die sphärischen Linsenflächen zu hyperbolischen umformt.

Lamhofer (Leipzig).

19. **Ueber die quantitativen Verhältnisse der Filtration und Sekretion des Kammerwassers**; von Dr. E. Niesnamoff in Charkow. (Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 1. 1896.)

Das Kammerwasser wird von den Ciliarfortsätzen und der hinteren Irisfläche abgesondert, gelangt durch die Pupille in die vordere Kammer und von da aus den Spalten des Fontana'schen Raumes in den Circulus venosus Schlemmii und in die Ciliarvenen. Nur ein ganz kleiner Theil der Flüssigkeit, etwa der 55., dürfte durch den N. opticus abfliessen. N. studirte im Laboratorium der Heidelberger Univ.-Augenklinik die Filtrationvorgänge näher und fand Folgendes:

Eine vollständig reine physiologische Kochsalzlösung filtrirt *constant* in unveränderter Stärke durch den Kammerwinkel eines todten Auges. Die Filtration wächst proportional mit dem Drucke im Apparate, also auch mit dem intraocularen Drucke. Sie ist bei verschiedenen Thieren abhängig von der Grösse der vorderen Kammer, wird behindert oder ganz aufgehoben durch unlösliche, die Poren des Gewebes verstopfende Stoffe, z. B. durch losgelöstes Pigment. Die Filtration ist in frischen Menschen- und Thieraugen von Leichen fast gleich der in lebenden Augen. Die Absonderung des Kammerwassers ist proportional der Differenz zwischen dem intraocularen Drucke und dem Drucke in den Gefässen; sie vollzieht sich auf dem Wege der Filtration durch die Gefässwände des Ciliarkörpers, wobei der Druck in den Gefässen ungefähr doppelt so gross ist, als der intraoculare Druck.

Lamhofer (Leipzig).

20. **Die Röntgen'schen Strahlen dem Insektenauge sichtbar**; von Prof. Axenfeld in Perugia. (Centr.-Bl. f. Physiol. X. 15. p. 436. 1896.)

Frisch eingefangene Stubenfliegen sind sehr empfindlich gegen Licht und wandern in einem Behälter den helleren Stellen zu. In 2 Kästchen gebracht, von denen eines aus Holz, das andere aus Blei gefertigt war, und den Röntgen'schen Strahlen ausgesetzt, wanderten die meisten Fliegen aus der Bleischachtel in die Holzschachtel über. Wurden sie erst in die Holzschachtel gejagt und den X-Strahlen ausgesetzt, so blieben sie dort.

Lamhofer (Leipzig).

21. **Untersuchung über die Luftbewegung in der Nase während des Athmens**; von Dr. Fritz Danziger in Beuthen (O.-Schl.). (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. XXX. 7. 1896.)

Die Versuche, die D. an Modellen anstellte, ohne auf die Nebenhöhlen Rücksicht zu nehmen, zeigten ihm, dass der Weg des Luftstromes in der Nase von dem Bau der Nase und des Rachens abhängt, also individuell schwankt. Der Inspirationstrom ist abhängig von der Stellung der Nasenlöcher, bei horizontaler Stellung steigt der Luftstrom am Nasenrücken in die Höhe, berührt die mittlere Muschel und gelangt über das hintere Ende der unteren Muschel in den Rachen. Ist die Nasenspitze mehr nach unten geneigt, so wird der Bogen steiler, er geht dann über die mittlere Muschel bis in den oberen Nasengang. Umgekehrt flacht sich der Bogen bei nach oben sehender Nasenspitze ab, die Luft geht dann zwischen Septum, Nasenboden und unterer Muschel nach hinten. Niemals bestrich der Luftstrom die obere Muschel.

Die Richtung des Exspirationsstromes ist abhängig von der Entfernung des Septum von der hinteren Nasenwand, je grösser diese ist, um so flacher wird der Bogen und umgekehrt.

Nach diesen Ergebnissen glaubt D. an der alten Eintheilung der Nase in eine Regio respiratoria und eine Regio olfactoria festhalten zu müssen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

22. **Ueber Varianten des normalen Kehlkopfbildes**; von Joh. Ellenbeck. (Inaug.-Diss. Schwerin 1896. Bärensprung.)

In der Universitäts-Poliklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten in Rostock hat E. 200 vollkommen gesunde Menschen untersucht und ist dabei zu folgenden interessanten und praktisch wichtigen Ergebnissen gekommen.

1) Die *Farbe* der Stimmbänder ist keineswegs immer weiss, wie dies meist in den Büchern steht, sondern bei völlig normaler Beschaffenheit oft grau, grauroth oder röthlich. Die Farbe wird beeinflusst vom Geschlecht, vom Alter, vom Klima und von gewissen reizenden Einflüssen. Beim weiblichen Geschlecht ist die Farbe meist weiss, beim männlichen dagegen meist grau oder röthlich. Bis zum 40. Lebensjahre überwiegen die weissen, später die grauen Stimmbänder. Die Küstenbewohner zeigen etwas mehr graue und röthliche Färbung als die Binnenlandbewohner. Der Tabakgenuss beeinflusst die Farbe in der Weise, dass die rothen Stimmbänder häufiger werden, und zwar durch Rauchen mehr als durch Tabakkauen. Bei Beschäftigungen, die die Leute dem Staub oder den Witterungseinflüssen aussetzen, finden sich häufiger graue, als weisse Stimmbänder. Zur Prüfung des Einflusses stimmlicher Anstrengungen auf die Farbe der Stimmbänder war das vorhandene Material nicht ausreichend.

2) Der Sehnenfleck, die Macula lutea, an der Spitze des Processus vocalis, ist häufiger weiss, als gelblich, er ist häufiger bei den grauen, als bei den weissen Stimmbändern zu finden, am seltensten ist er bei porzellanweissen Stimmbändern. Der Sehnenfleck fehlt in der Kindheit öfters, im späteren Alter ist er häufiger vorhanden. Die Geschlechter zeigen keine Verschiedenheit in Bezug auf sein Vorhandensein.

3) *Stellunganomalien* des Kehlkopfes: In 56 F. zeigte sich eine Drehung des Kehlkopfes um seine vertikale Achse, und zwar 49mal mit Abweichung der Spitze der Glottis nach rechts, 7mal nach links, Drehung um die sagittale Achse „Schiefstellung“, charakterisirt durch ein Ueberlagertsein des einen Stimmbandes durch das entsprechende Taschenband fand sich 21mal, und zwar war die vertikale Kehlkopfachse 14mal nach rechts, nur 7mal nach links geneigt. Drehung und Schiefstand sind häufiger beim männlichen, als beim weiblichen Geschlecht. Das Ueberwiegen der Verschiebung nach rechts hängt mit dem vorwiegenden Gebrauche der rechten Hand zusammen, was daraus erkannt werden kann, dass sich diese Drehungen viel häufiger bei Leuten finden, die vorwiegend mit den Händen arbeiten, als bei anderen.

4) Gestalt und Lage der Giessbeckenknorpel sind sehr wechselnd.

Rudolf Heymann (Leipzig).

23. **Untersuchungen über das menschliche Stimmband**; von Dr. Friedr. Reinke. (Fortschr. d. Med. XIII. 12. 1895.)

Das menschliche Stimmband besteht aus zwei morphologisch verschiedenen Abschnitten, einem lateralen, der „Basis“ des Stimmbandkörpers und einem medialen, dem „zungenförmigen Fortsatz“. Die beiden Abschnitte sind gegeneinander abgegrenzt durch feine Schleimhautfalten, die R. als Linea arcuata superior und inferior bezeichnet. Sie sind besonders bei kindlichen Kehlköpfen ohne Weiteres zu sehen, treten durch Härtung in Alkohol oder *Müller*'scher Flüssigkeit aber noch deutlicher hervor. Besonders schön lässt sich der zungenförmige Fortsatz sichtbar machen, wenn man den Lymphraum, der sich hier zwischen Epithel und elastischem Band befindet, durch Einblasen von Luft oder Injektion von Leimmasse ausdehnt.

Im Bereiche des zungenförmigen Fortsatzes trägt die Schleimhaut Pflasterepithel. Es fehlt hier eine eigentliche Submucosa und findet sich nur eine geringe Menge feinfaserigen Bindegewebes zwischen Epithel und elastischem Band ausgespannt. Die Lineae arcuatae entstehen dadurch, dass das elastische Band, das fest mit dem Muskel verwachsen ist, den Muskel im Verlauf dieser beiden Linien an die Basalmembran des Epithels in einer gewissen Breite anheftet. Hinten geht die Linea arcuata inferior von der Basis des Processus vocalis noch bis gegen die Spitze des Aryknorpels in die Höhe, im Bereiche dieser Fortsetzung ist das Epithel, gleichfalls Pflasterepithel, ohne Submucosa fest an das Perichondrium des Knorpels angeheftet.

Die Linea arcuata inferior stellt eine untere Verschlusslinie der Glottis dar.

Bei fötalen Kehlköpfen fehlt der mediale zungenförmige Fortsatz des Stimmbandes regelmässig. Ob der Fortsatz sich erst allmählich durch Wachsthum und Uebung des M. vocalis bildet, oder sich plötzlich beim ersten Schrei durch kräftige Contraktion des Muskels vorstülpt, müssen weitere Untersuchungen lehren. Im letzteren Falle könnte der Fortsatz eine forensische Bedeutung bekommen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

24. **Recherches sur les fonctions du thymus chez la grenouille**; par J. E. Abelous et Billard. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 898. 1896.)

A. und B. haben die Ausfallerscheinungen studirt, die nach Exstirpation der Thymusdrüse beim Frosch auftreten.

Alle Frösche, denen die Drüse total exstirpirt wurde, zeigten nach 1—2 Tagen zunächst Muskelschwäche, dann Paresen und schliesslich vollkommene Lähmung, ferner (beim grünen Laubfrosch) Abblassen der Hautfärbung bis zum Hellgelb, Gangrän und Geschwüre an verschiedenen Hautstellen, endlich Hydrämie, Oedeme, Blutergüsse. Immer trat schliesslich der Tod ein. Injicirt man eben erst operirten Fröschen seröse Flüssigkeit von bereits erkrankten, so treten die Erscheinungen viel schneller ein. Bringt man operirten Fröschen Thymus unter die Haut, so leben sie kaum länger; oft färbt sich aber die Haut wieder normal.

Normale Frösche, denen Extrakt aus Kalbsthymus injicirt wird, zeigen sehr gesteigerte Reflexerregbarkeit, so dass sie das Bild der Strychninvergiftung darbieten. Ausserdem färbt sich die Haut dunkler.

Die der Thymus beraubten Frösche scheinen also einer Autointoxikation zu erliegen.

V. Lehmann (Berlin).

25. **Documents pour l'étude de la valeur des divers ordres de substances alimentaires**; par Ch. Contejean. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 791. 1896.)

C. bezweifelt, dass die Theorie von der Isodynamie der Nahrungsstoffe richtig sei. Schon theoretisch sei es nicht gut denkbar, dass sich alle Arbeitleistungen des Organismus nach der zu erzielenden Anzahl von Calorien einrichten müssten, dass also die Wärmeproduktion Alles im Körper regulire, die Wärme sei vielmehr wie ein Exkret zu betrachten, dessen sich der Organismus entledigen müsse.

In mehreren Versuchen wurde eine Hündin mit verschiedener Nahrung gefüttert, Körpergewicht und Stickstoffausscheidung wurden bestimmt. In einem Versuche, in dem täglich 1 kg entfettetes Fleisch gefüttert wurde, nahm das Thier an Gewicht zu und musste ca. 4547.732 Cal. producirt haben; in einem anderen Versuche, bei dem es 500 g Fleisch + 100 g Fett erhielt, nahm es nicht ganz so viel zu, hatte aber ca. 5486.359 Cal. producirt.

Isodyname Nahrunggemische liefern daher nach C. unter sonst gleichen Verhältnissen ungleiche Ergebnisse für den Organismus. [Die Versuche wurden ja aber gar nicht so angestellt, dass isodyname Nahrungmengen gefüttert wurden, es ist daher kaum angängig, direkt diesen Schluss zu ziehen. Ref.]

V. Lehmann (Berlin).

26. **Die Bedeutung der Salze als Nahrungsmittel.** Ein Vortrag von Dr. Hans Koeppe. (Giessen 1896. J. Ricker'sche Buchh.)

In die Physiologie der Ernährung wird durch K. ein neues Moment eingeführt, nämlich der osmotische Druck von Salzlösungen. Die Bedeutung der Salze als Nahrungmittel wird nicht nach Calorien, sondern nach Atmosphären zu bemessen sein. Durch Einführung von Salzlösungen entstehen im Verdauungtractus und weiterhin in den Säften Strömungen, Diffusionen, dadurch auch Reaktionänderungen. Je mehr Salze in einer Flüssigkeit gelöst sind, desto complicirter gestalten sich die Erscheinungen, die von Zahl und Art der Salze, Concentration der Lösung und Temperatur abhängen und sich nicht ebenso durch die einzelnen Lösungen der einzelnen Salze hervorrufen lassen.

Näheres, auch über die Theorie der Mineralwasserwirkung, ist im Original einzusehen.

V. Lehmann (Berlin).

27. 1) **Sur l'origine de la graisse chez les animaux**; par M. Kaufmann. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 757. 1896.)

2) **Nouvelles recherches sur la transformation des albuminoides en graisse dans l'organisme animal**; par M. Kaufmann. (Ibid. p. 767.)

K. bespricht zunächst die bekannten Theorien und Versuche über Fettbildung aus Kohlehydraten und aus Eiweiss und kommt zu dem Schlusse, dass die Fettbildung aus Eiweiss noch nicht recht erwiesen sei.

Mit seinem früher beschriebenen, besonders construirten calorimetrischen Respirationapparat hat er Versuche an reichlich mit Fleisch gefütterten Hunden angestellt und schliesst daraus: Die Eiweisssubstanzen tragen ebenso wie die Kohlehydrate zur Fettbildung bei. Das Eiweiss spaltet sich in einen stickstoffhaltigen Theil und in Fett. Ein Theil des Fettes geht in Glykose über und wird weiter völlig oxydirt; ein zweiter Theil verwandelt sich nur in Kohlehydrat und wird als Glykogen aufgespeichert; der letzte Theil lagert sich als Fett ab.

Wenn man (mit A. Gautier) die Eiweissspaltung in Stickstoffcomponenten und Fett nur als Hydratation (ohne Oxydation) auffassen will, so muss man doch eine nachträgliche Oxydation annehmen, da erst durch letztere die entwickelte Wärme erklärt wird.

V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

28. **Ueber Chemotaxis**; von Dr. Gustav Bloch. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 19. p. 785. 1896.)

Die Chemotaxis, die Lehre von der Fernwirkung chemisch reizender Stoffe auf lebende Zellen, hat nach Bl.'s Ausführungen zunächst auf dem

Gebiete der botanischen Physiologie manchen Vorgang geklärt. So hatte Engelmann (Botan. Ztg. p. 441. 1881) beobachtet, dass in Wasser befindliche Bakterien (Bacterium Termo) von einer Sauerstoffblase lebhaft angezogen werden und sich um sie versammeln (positive Chemotaxis). Pfeffer fand, dass die Samenfäden der Farrnkräuter in ähnlicher Weise von Apfelsäure angezogen werden. Auch manche Erscheinungen in der menschlichen Pathologie erklären sich durch chemotaktische Vorgänge, so die der Entzündung. Leber hat aus sterilisirten Culturen von Staphylokokken eine krystallisirte, positiv-chemotaktische Substanz dargestellt, das Phlogosin. Wurde dieses in die vordere Augenkammer eines Thieres gebracht, so füllte sie sich binnen kurzer Zeit mit Eiter, ohne dass sonst im Auge eine Spur von Eiter nachweisbar gewesen wäre. Leber erklärt hiernach die Entzündung für einen Vorgang, der auf chemotaktischer Anziehung der Leukocyten beruht.

Bl. hat nun untersucht, welche Stoffe überhaupt eine chemotaktische Anziehung auf Leukocyten ausüben. Er schloss die zu prüfenden Stoffe in 5 cm lange und 6 mm weite (*Councilman*'sche) Glasröhrchen ein, die er sterilisirt in das Unterhautzellgewebe von Kaninchen einführte, um sie dort 2—6 Tage liegen zu lassen. War die im Röhrchen befindliche Substanz positiv-chemotaktisch, so wurde das Röhrchen der Sammelplatz einer reichlichen Menge von Leukocyten, die darin einen Eiterpfropf bildeten. Die stärkste Anziehung auf Leukocyten entfaltete Terpentinöl, eine grosse ging von Alkalialbuminat, Eieralbumin, Leim, Gelatine und Eiweisspepton aus; in geringerem Maasse zeigten die Kohlehydrate diese Anziehung, während die Fette sich ganz indifferent verhielten und von Leukocyten nicht aufgesucht wurden. Die von Bl. aufgestellte Hypothese, dass die Assimilation der Eiweisskörper von den Leukocyten besorgt wird, gewinnt sehr an Wahrscheinlichkeit durch die Beobachtungen Hofmeister's, wonach hungernde Katzen eine bedeutende Abnahme des Lymphgewebes im Darme zeigen, mit Fleisch gefütterte Katzen aber eine reichliche, fast strotzende Zunahme der Leukocyten in den oberen Schichten der Dünndarmschleimhaut darbieten. Radestock (Dresden).

29. Die Cultur der Amöben auf festem Substrate; von A. Celli. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XIX. 14. 15. 1896.)

C. giebt das von ihm im Verein mit Fiocca verwendete Verfahren zur Züchtung von Amöben auf festem Nährboden an, das, wie er Beyerinck entgegnet, bereits anderweit (Atti dell' accademia Gioenia di Catonia. Seduta del 24. Nov. 1895) mitgetheilt worden ist. Er benützt als Nährboden eine Tangart, Fucus Crispus. Dieser wird wie Agar mit $5^0/_0$ Wasser verarbeitet (mit oder ohne Bouillon), stark alkalisch gemacht und direkt in *Petri*'sche Schalen gefüllt. Für Culturen im hängenden Tropfen muss filtrirt werden. Es eignet sich dazu besser der „gewöhnliche“ Fucus ohne Bouillon und stark alkalisirt (1 ccm $^1/_{10}$proc. Normalkalilauge oder 4—5 ccm gesättigter Sodalösung auf 10 ccm Nährboden). Es ist ungemein schwer, bakterienfreie Amöbenculturen herzustellen, dagegen sehr leicht die verschiedenen Species und Varietäten zu isoliren, wie es C. beschreibt.

Brückner (Dresden).

30. Reinculturen von Protozoën auf festen Nährböden; von Regimentsarzt Dr. Fr. Schardinger. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XIX. 14. 15. 1896.)

Sch. benutzte zur Züchtung von Amöben Agar-Agar, der mit einem Aufguss von Heu bereitet wurde (30—40 g Heu auf 1 Liter Wasser und mit $1—1^1/_2{}^0/_0$ Agar-Agar versetzt). Er vermochte auf diesem Nährboden mittels besonderer, von ihm erprobter Kunstgriffe aus Kanalwasser 2 Protozoën zu züchten, die er näher beschreibt, ebenso aus dem Stuhlgange eines an fieberhafter Diarrhöe leidenden Mannes eine Amöbe, die er für identisch hält mit der Amoeba coli. Bei der Untersuchung von Typhusstühlen wurden keine Amöben erhalten.

Brückner (Dresden).

31. Zur Morphologie der Bakterien; von Prof. M. Löwit in Innsbruck. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XIX. 18. 19. 1896.)

Die Mittheilungen enthalten weitere Beiträge zur Frage nach der Zellennatur der Bakterien. Die Untersuchungen wurden mit einer grösseren Anzahl (19) verschiedenartiger saprophytischer und pathogener Bakterien angestellt, und zwar mit Reinculturen, vorwiegend eintägigen Bouillonculturen. Mit Hülfe des Löffler'schen Geisselfärbungverfahrens, bez. einer geringen Modifikation, die die Strukturverhältnisse des Bakterienleibes besonders gut zur Darstellung bringen soll, erhielt L. von fast allen jenen Bakterienarten Strichpräparate, die eine vom stark gefärbten Centralkörper abgegrenzte, schwächer gefärbte, peripherische Schicht deutlich erkennen liessen. Diese Randschicht ist nicht mit Plasmolyse in Zusammenhang zu bringen (A. Fischer); sie entspricht wahrscheinlich derjenigen der „Kapselbakterien“, bei denen sie bekanntlich auch ohne Anwendung einer Beize unter gewissen Bedingungen sichtbar wird; vielleicht liegen nur graduelle Unterschiede vor. L. stellt sich auf die Seite derjenigen, die die Bakterien als echte Zellen ansprechen, ihnen ein Protoplasma und einen Kern zuerkennen. Ob das Protoplasma noch durch eine besondere Membran nach aussen umgrenzt wird, bleibt zweifelhaft. Die Granulationen, die sich in vielen Fällen in der sonst völlig homogenen Randschicht finden, stellen wahrscheinlich verschiedenartige Bildungen dar; gewisse Granula stehen vielleicht zum Theilungsvorgang in inniger Beziehung. Künstlicher Verdauung

unterworfene Präparate zeigten von der peripherischen Schicht und ihren Granulationen nichts mehr, nur den fast gleichmässig intakt gebliebenen Centralkörper. Die Geisseln glaubt L. auf Grund einiger unzweideutiger Bilder in seinen Präparaten als Protoplasmafortsätze ansprechen zu dürfen.

Patzki (Leipzig).

32. **Ueber die Durchlässigkeit der Darmwandungen für Bakterien**; von H. Scharfe. (Inaug.-Diss. Halle 1896.)

Sch. untersuchte zunächst, ob sich bei eingeklemmten menschlichen Hernien, intakte Darmwand vorausgesetzt, im Bruchwasser Bakterien finden. In 10 Fällen suchte er selbst nach Fränkel'scher Methode nach Bakterien, 91 stellte er aus der Literatur zusammen. Es ergab sich, dass das Bruchwasser eingeklemmter Hernien beim Menschen nur in 25% der Fälle Bakterien enthält und dass die Stärke der Einklemmung in keinem regelmässigen Verhältniss zum Bakteriengehalte des Bruchwassers steht. Ferner stimmen die Bakterien im Bruchwasser eingeklemmter Hernien mit denen im Darmlumen überein. Sch. konnte auch die Beobachtungen Bizzozero's und Ribbert's bestätigen, dass in der normalen Darmwandung des gesunden Kaninchens in den Follikeln (besonders zahlreich im Sacculus rotundus und Processus vermiformis) massenhafte Spaltpilze sitzen, die mit denen des Darmlumens übereinstimmen und deren postmortale Einwanderung auszuschliessen ist, aber im menschlichen Darme sind bisher keine derartigen Bakterienbefunde gemacht worden. Die Frage, auf welche Weise die Bakterien aus dem Darme in das Bruchwasser gelangen, ist also noch eine offene; auch die Beobachtung Bizzozero's, dass die Bakterien in der ganzen Dicke der Epithelschicht des Kaninchendarms in grossen Zellen liegen, die vielleicht Phagocyten, vielleicht hypertrophische Lymphzellen sind, ändert daran nichts, da Sch. selbst an einem Stücke total nekrotischen Menschendarms gar keine Bakterien innerhalb der Wandung fand.

Für die Chirurgie haben die bisherigen Untersuchungen über Bruchwasserbakterien (Wegner, Grawitz u. A.) einen praktischen Erfolg erzielt in der Erkenntniss, dass diese Bakterien an und für sich ungefährlich sind, indem weder sie, noch die durch die Einklemmung verursachten Reize für sich eine eiterige Peritonitis hervorrufen können, dass dagegen eine in Folge der Einklemmung hinzukommende Entzündung den einwandernden Bakterien Gelegenheit giebt, eine eiterige Peritonitis zu erregen.

Radestock (Dresden).

33. **Nouvelle contribution à l'étude de l'anguillule stercorale, angnillulose expérimentale de la grenouille**; par P. Teissier. (Arch. de Méd. expérim. VIII. 5. p. 586. 1896.)

Während Normand und Bavay der Ansicht waren, dass die Cochinchinadiarrhöe (ein in den Tropen endemischer Durchfall mit zunehmender Abmagerung und Anämie) von 2 einander ähnlichen Parasiten, der Anguillula stercoralis und der A. intestinalis verursacht würde, hatte Leukart 1883 nachgewiesen, dass die A. stercoralis nur eine Entwicklungform der A. intestinalis darstellt.

T. macht uns mit einer dritten Entwicklungform dieses Wurmes bekannt. Er hatte sich Darminhalt von einer an Cochinchinadiarrhöe gestorbenen Person verschafft und verfütterte ihn an Frösche, theils auf Semmelkrume gestrichen, theils dem Wasser ihres Aufenthaltes zugesetzt. Die mittels Semmelkrume inficirten Frösche starben nach $1^1/_2$ Monaten; sie waren stark abgemagert und verfielen mehrere Tage vor dem Tode in Torpor, wobei sie mit geschlossenen Augen und gestreckten Gliedern starr im Wasser lagen. Die Sektion ergab Oedem des Unterhautzellgewebes und Ascites; in letzterem schwamm, am Magen festhängend, ein Blutgerinnsel, in dem ausgewachsene, nicht befruchtete Weibchen von A. stercoralis lebten. Die Frösche, die in Wasser gesetzt waren, das durch den Koth mit Eiern, bez. Embryonen von A. stercoralis inficirt war, starben nach 4—6 Wochen unter demselben Torpor und zeigten dasselbe Oedem des Unterhautzellgewebes nebst Ascites. Die Därme enthielten röthliche Fäkalmassen und waren an einigen Stellen hämorrhagisch; in die Bauchhöhle hatten sich keine Würmer durchgebohrt, dagegen fanden sich an den hämorrhagischen Stellen im Darme erhebliche Mengen lebender erwachsener Weibchen mit deutlich erkennbarem Verdauungskanal und Geschlechtstractus; letzterer liess Befruchtung erkennen, doch waren Männchen nicht sichtbar; auch unbefruchtete Weibchen fanden sich dazwischen. T. fand diese Parasiten des Frosches hauptsächlich im letzten Stücke des Dünndarms und im Anfangstheile des Dickdarms, bei den in Fäkalwasser ausgesetzten Fröschen auch noch in den Lungen und der Speiseröhre lebend vor. Die Grössenverhältnisse dieser Parasiten waren beträchtlich. Ihre Länge betrug 8—12 mm, die Breite befruchteter Weibchen 130 μ, die der nichtbefruchteten 115 μ; die Embryonen waren 1 mm lang und 24—30 μ breit; ziemlich vollständig entwickelte Eier waren 120—140 μ lang und 45 μ breit. Der ganze Verdauungsapparat dieser Parasiten des Frosches, ihr Genitalsystem, überhaupt ihr ganzer Bau war riesenhaft zu nennen gegenüber denen der A. stercoralis beim Menschen. In dem mit Fäkalien versetzten Wasser für die Versuchsfrösche hatten sich keine Würmer von diesem Riesenwuchse befunden, sondern nur die Eier, Embryonen und erwachsenen Exemplare von der kleineren A. stercoralis des Menschen.

T. versuchte weiterhin die künstliche Züchtung von A. stercoralis auf verschiedenen Nährböden, doch misslang sie, da der Wurm bessere Lebensbedingungen im Wasser findet, besonders in mit Fäkalien versetztem.

Durch Infektion von Fröschen mit Eiern der A. stercoralis ist es T. demnach gelungen, diesen Wurm zu züchten, nur in einer durch die Grösse von dem menschlichen Parasiten abweichenden parasitären Form. Die A. stercoralis kann also ohne Durchgang durch die Phase der A. intestinalis sich direkt in 2 Gestalten vermehren: erstens in einer kleineren Abart als Parasit des Menschen, zweitens in einer Riesenform als gelegentlicher Parasit des Frosches.

Die Entwicklungfähigkeit der A. stercoralis in Wasser erhöht die Gefährlichkeit des rohen Trinkwassers in den Tropenländern.

Radestock (Dresden).

34. **Strongylus subtilis n. sp.**, *ein bisher unbekannter Parasit des Menschen in Egypten*; von Dr. A. Loos in Leipzig. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XVIII. 6. 1895.)

Bei der Untersuchung des Darminhaltes menschlicher Leichen in Alexandrien und Kairo fand L. wiederholt einen ausserordentlich feinen und zarten Strongyliden in geringer Anzahl im ersten Anfangstheil des Dünndarms. Die Männchen sind 4—5 mm, die Weibchen 5.6—7 mm lang, sie besitzen keine Mundbewaffnung und dürften deshalb keine grössere pathologische Bedeutung beim Menschen haben.

Goldschmidt (Nürnberg).

35. **Entscheidungsversuche zur Frage der Specifität des Erysipel-Streptococcus**; von Dr. Johannes Petruschky. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 1. p. 142. 1896.)

Die Verschiedenartigkeit der durch Streptokokken erzeugten Krankheiten veranlasste bekanntlich Viele, *verschiedene Species* von Kettenkokken anzunehmen, von denen die eine nur Erysipel, eine zweite nur Eiterung, eine dritte Sepsis u. s. w. hervorzubringen im Stande sei. Diese Specifitätlehre wurde bald erschüttert, besonders als es Marbaix und Petruschky gelang, am Kaninchenohr *Erysipel* durch *Streptokokken sehr verschiedener Herkunft* zu erzeugen. Ein absoluter Beweis gegen die Specifität des Erysipelstreptococcus konnte aber darin nicht gesehen werden, da auch andere Bakterien am Kaninchenohr eine dem Erysipel ähnliche Krankheit hervorzurufen vermögen, so ein von R. Koch beschriebener Bacillus, ferner verschiedene Stämme von Bact. coli, wie es Delius und Petruschky feststellten. Letzterer erreichte dasselbe durch eine bestimmte Cultur des Staphylococcus aureus. Ein absoluter Beweis gegen die Specifität des Erysipelcoccus würde erst dann erbracht sein, wenn es gelänge, ein Erysipel am Menschen durch eine von einer anderen Streptokokken-Erkrankung gewonnene Streptokokkencultur hervorzurufen. Dies ist denn P. gelungen, der auf Wunsch von Langenbuch im Lazaruskrankenhause in Berlin die Erysipelimpfung bei einigen Geschwulstkranken versuchte. Mit einer aus *Peritonäalleiter* gewonnenen *Streptokokkencultur* vermochte P. an *2 Carcinomkranken typisches Erysipel* zu erzeugen, so dass es feststeht, dass *Erysipel auch beim Menschen durch Streptokokken, die nicht von Erysipel stammen, erzeugt werden kann.* Nach P. kommen zur Erklärung der Verschiedenheit der durch Streptokokken erzeugten Krankheitbilder in Betracht: 1) der *Sitz der Infektion*; 2) die *Virulenz* des inficirenden Streptococcus für den Menschen (es zeigte sich, dass diese Virulenz keineswegs gleich der Virulenz desselben Streptococcus für Mäuse und Kaninchen ist); 3) die *individuelle Widerstandsfähigkeit* des Inficirten; 4) der *Einfluss bereits bestehender Erkrankungen*, die die individuelle Widerstandsfähigkeit des Inficirten ändern. Ficker (Leipzig).

36. **Keuchhusten-Parasiten**; von Prof. M. Kurloff in Tomsk. Vorläuf. Mittheilung. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIX. 14 u. 15. 1896.)

K. misst den verschiedenen im Auswurfe Keuchhustenkranker gefundenen Bakterien keine ätiologische Bedeutung bei. Auf Grund seiner an frischen Sputumpräparaten ausgeführten Untersuchungen ist er zu dem Ergebnisse gelangt, dass die Erreger des Keuchhustens amöbenartige Gebilde sind, die ein kleinkörniges Protoplasma und eine lebhafte Eigenbewegung besitzen. Wenn die Amöben heranwachsen, treten in ihrem Inneren grosse glänzende Sporen mit concentrischen Schichten auf. Schliesslich bersten die Zellen, die Sporen treten aus. Aus diesen Sporen gehen, theils noch im Körper des Kranken wieder junge Individuen von amöboidem Charakter hervor. Ausser den beschriebenen Gebilden fand K. im Sputum von Kranken, die sich im Beginne der Krankheit befanden, noch andere amöboide Körperchen, die sich mittels Wimperhaaren fortbewegten. In welchem Verhältnisse sie zu den vorher beschriebenen Formen stehen, ist noch nicht zu erklären.

Die von K. beschriebenen Parasiten sind jedenfalls identisch mit den von Henke und Deichler beschriebenen. Brückner (Dresden).

37. **Setticemia da bacillo del Friedländer in un neonato associata a sclerema**; pel Carlo Comba. (Sperimentale LII. II. p. 112. 1896.)

Ein bei der Aufnahme in die Klinik 4 Tage altes Kind von schlechter Ernährung (2200 g), das ohne Hülfe geboren und erst 2 Std. nach der Geburt abgenabelt worden war, verweigerte seit dem 3. Lebenstage die Nahrungaufnahme. Am 4. Tage nahm die Haut eine gelbliche Färbung an und fühlte sich hart an. Diese Härte nahm immer mehr zu und das Kind wurde aphonisch. Die Verhärtung der Haut erstreckte sich auf beide Beine, die in permanenter Extension gehalten wurden; einzelne skleromatöse Flecken, die auf Fingerdruck eine grüngelbliche Farbe zeigten, waren auch an der Haut des Gesichts und des Rückens zu bemerken. Am nächsten Tage starb das Kind.

Bei der *Sektion* wurde eine Bronchopneumonie, die sich über die ganzen beiden Unterlappen erstreckte, gefunden. Die Nieren zeigten erhebliche Veränderungen in den Tubulis contortis und den Henle'schen Schleifen.

Die Epithelzellen waren geschwellt, die Kerne schwer färbbar, das Zellenprotoplasma fettig entartet. Auch die Glomeruli waren zum Theil fettig degenerirt. Die Milz zeigte eine grosse Menge von in Zerfall begriffenen rothen Blutkörperchen. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurde sowohl im Blute, wie in den Bronchen eine grosse Menge von Friedländer'schen Bacillen gefunden.

Es handelte sich hier sicherlich um einen Fall von Sklerem oder Sklerödem. Bakteriologische Untersuchungen über die Ursache dieser Krankheit hat bisher nur Aufrecht ausgeführt. Dieser glaubt, dass der Bac. coli communis die Ursache der Affektion sei.

Im vorliegenden Falle muss die Eingangspforte des pathogenen Mikroorganismus die Lunge gewesen sein, wo der Friedländer'sche Bacillus eine Bronchopneumonie erzeugte. Von der Lunge gelangte der Krankheiterreger in die Blutgefässe. Die Folge davon waren eine starke Hämatolyse, Veränderungen in Leber und Niere und indirekt wahrscheinlich auch das Sklerem. Die mangelhafte Funktion der Niere hat wohl zunächst ein allgemeines Oedem und dann durch noch nicht bekannte Ursachen ein solches, wie es in Form des Sklerems erscheint, erzeugt. Emanuel Fink (Hamburg).

38. **Ueber die Beziehung des Proteus vulgaris Har. zur ammoniakalischen Harnstoffzersetzung**; von Dr. Brodmeier in Erlangen. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XVIII. 12. 13. 1895.)

Die viel umstrittene Frage: „zersetzt der Proteus den Harnstoff oder nicht?" hat Br. auf Grund sehr vorsichtiger, einwandfreier Versuche in bejahendem Sinne entschieden.

Goldschmidt (Nürnberg).

39. **Zur Frage der Verwerthbarkeit bakteriologischer Harnbefunde für Schlüsse auf die Aetiologie der Erkrankungen.** *I) Ueber das Auftreten von Mikroorganismen im Harne in den Fieberanfällen bei Malaria und nach Injektion von Tuberkulin;* von Dr. F. Chvostek u. Dr. Gustav Egger. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 30. 1896.)

Die von Ch. und E. gewonnenen Resultate sind wesentlich geeignet, die Bedeutung bakteriologischer Harnbefunde für Schlüsse auf die Aetiologie der Erkrankungen weiter herabzusetzen; denn es gelang, in den Fieberanfällen bei Malaria, deren Erreger ja nicht bakterieller Natur ist, sowie auch bei künstlich durch Tuberkulin erzeugtem Fieber Mikroorganismen im steril aufgefangenen Harne nachzuweisen, die nach Rückgang der Krankheiterscheinungen in den Malariafällen, bez. nach Abfall des Tuberkulinfiebers nicht mehr zu finden waren (meist Kokken, häufig der Staphylococcus albus, auch das Bacterium coli). Ch. und E. neigen der Annahme zu, dass die durch das Fieber herbeigeführte Alteration des Körpers (veränderte Cirkulation, veränderte Alkalescenz des Blutes u. s. w.) gewisse günstige Bedingungen schafft, und dass unter diesen die Bakterien reichlicher aus Körpertheilen, in denen sie schon normalerweise vorhanden sind, besonders aus dem Darm, in die Blutbahn gelangen und noch lebensfähig durch die Nieren ausgeschieden werden können. Vielleicht sind auch die durch das Fieber herbeigeführten Veränderungen der Schleimhäute wesentlich. Ch. und E. kommen zu dem Schlusse: nur solche Harnbefunde, die den Nachweis specifischer Mikroorganismen, wie des Typhus-, Rotz- und Tuberkelbacillus, erbringen, berechtigen zu Schlüssen auf die Actiologie der Erkrankung. Staphylokokken, Bacterium coli und andere nicht specifische Mikroorganismen, die im Darme gefunden worden, können als ganz passagere Erscheinung im Verlaufe verschiedenster Infektionkrankheiten im Harne auftreten. Auch die übliche Annahme der Mischinfektion dürfte einige Einschränkung erleiden.

Patzki (Leipzig).

40. **Les toxines et la croissance**; par Charrin et Nobécourt. (Arch. de Physiol. XXVIII. 1. p. 248. 1896.)

Gley und Charrin hatten in früheren Versuchen gezeigt, dass mit Bakterien oder Toxinen vergiftete Kaninchen Junge erzeugten, deren Wachsthum mit ausserordentlicher Langsamkeit vor sich ging; einige Junge blieben überhaupt Zwerge.

Analoge Beobachtungen liessen sich durch Wägung der Kinder von gesunden und von kranken Müttern, die in der Maternité verpflegt wurden, gewinnen. Die Mütter litten theils an Tuberkulose, theils hatten sie Pleuritis, Pneumonie, Influenza, Eiterungen und Phlegmonen u. s. w. durchgemacht. Alle Kinder waren am normalen Ende der Schwangerschaft geboren worden und wurden alle von Ammen gesäugt, waren also in ihren Ernährungbedingungen vollkommen zum Vergleiche geeignet. Während nun z. B. Kinder gesunder Frauen täglich um 28.5—32 g an Körpergewicht zunahmen, brachten es die Kinder einer tuberkulösen Mutter oder einer Frau, die einen Monat vor ihrer Niederkunft eine ausgedehnte Phlegmone überstanden hatte, in den ungünstigsten Fällen nur auf den 5. oder 6. Theil der Gewichtszunahme der Kinder gesunder Mütter.

H. Dreser (Göttingen).

41. **Ein Beitrag zur Staubinhalationslehre**; von Dr. Walter Schlodtmann. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VI. 16. 1895.)

Die Untersuchungen Schl.'s beschäftigen sich mit der Frage, ob bei gesunden Menschen in den Lungen und Bronchialdrüsen Sandstaub nachzuweisen sei, nachdem dieser bis dahin nur bei solchen Leuten gefunden worden ist, die in Folge ihrer Beschäftigung grosse Mengen von Steinstaub eingeathmet hatten. Zu dem Zwecke untersuchte Schl. bei 35 Kr. des verschiedensten Alters und Berufes, die an den mannigfachsten Krankheiten gestorben waren, die Bronchialdrüsen und meistens auch die Lungen und konnte in jedem Falle, abgesehen von einem 5 Monate und einem 11 Tage alten Kinde, meist in erstaunlich reichlicher Menge Sandstaub nachweisen; selbst bei einem 1monat. Kinde konnte Staub mikroskopisch gefunden werden. Der Staub war ebenso gelagert, wie der Kohlenstaub in den Lungen und Drüsen ange-

troffen wird, theils frei, theils in „Staubzellen“ zusammen mit Kohlenstaub, in den Lymphdrüsen besonders in Follikeln und Follikularsträngen, in der Lunge vernehmlich im peribronchalen und perivaskulären Bindegewebe, sowie in den Lobularsepten. Irgend welche erhebliche Gewebeveränderungen, Knötchen- oder Tuberkelbildungen scheinen durch diesen Staub nicht hervorgerufen zu werden. Goldschmidt (Nürnberg).

42. **Die Specksteinlunge.** *Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Staublungen;* von Dr. Ch. Thorel in Nürnberg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 1. p. 85. 1896.)

Bei einer mehrere Jahre in einer Specksteinfabrik (Herstellung von Gasbrennern unter trockener Verarbeitung von Speckstein, wobei sich starker Specksteinstaub entwickelt) thätig gewesenen, an Lungentuberkulose verstorbenen Frau fand Th. im linken, noch lufthaltigen Unterlappen eine eigenthümliche grünliche diffuse oder auch an einzelne Pünktchen gebundene Verfärbung des Gewebes, die an der Luft deutlich zunahm. Sie liess sich chemisch, wie mikroskopisch auf den Gehalt an blauen Vivianitkrystallen zurückführen. Fernerhin fanden sich starke Ablagerungen von Kohletheilchen und Eisenoxyd. Die Eisenkörnchen lagen innerhalb der Alveolarlumina in Leukocyten oder in Alveolarepithelzellen eingeschlossen, oder auch in mehrkernigen Riesenzellen; auch die Vivianitkrystalle und kleine Specksteinstäubchen wurden von diesen Zellenarten eingeschlossen. Im Gegensatze hierzu fanden sich alle diese Ablagerungen innerhalb der Alveolarwände fast ausschliesslich frei. Th. schliesst demnach, dass ihr Eindringen in die Gewebe nicht mit Hülfe von „Staubzellen“ geschieht, sondern unvermittelt erfolgt. Die quantitative Vertheilung war insofern innerhalb der Alveolarwand geändert, als weniger Eisenpartikelchen mit typischer Ferrocyankali-Salzsäurereaktion und auch weniger Vivianitkrystalle gefunden wurden.

Die Tuberkelknötchen fand Th., namentlich in ihren Anfängen, immer an pigmentfreien Stellen; er bezieht diese Erscheinung auf eine Schädigung der Tuberkelbacillen durch die chemischen Wirkungen der Eisentheilchen, die lokal, an den Stellen der Ablagerung, zur Geltung kommen und somit die Bacillen an der Weiterentwickelung hemmen könnten.

In der Wand der Gefässe lag das Pigment wiederum meist frei, und zwar gewöhnlich in starken Ansammlungen in der Adventitia; doch konnte es auch bisweilen in der Intima nachgewiesen werden. Im Lumen der Gefässe, zwischen den rothen Blutkörperchen, fanden sich dagegen wieder pigmenthaltige Zellen vom Typus der Staubzellen. Weitere starke Pigmentringe umgaben die Bronchi, und zwar um so dickere, je stärker die Entzündung der Bronchi war; eine Aufnahme des Pigmentes durch die Bronchialwand hindurch liess sich nicht sicher erweisen.

An vielen Stellen fanden sich kleinste derbe Knötchen im Gewebe, die an der Peripherie von jüngerem Granulationgewebe umgeben waren und fast ausschliesslich Specksteinkörnchen enthielten; indem bei zunehmender Schrumpfung der Herde diese Körnchen immer dichter zusammengedrängt wurden, erhielten die Knötchen tiefbraune Färbung. Die Schrumpfung dieser Knötchen scheint sich weiterhin gern auf etwa benachbarte Tuberkel zu erstrecken und diese zur rascheren Resorption zu veranlassen, woraus Th. ein zweites Moment für die Annahme einer Erschwerung der Entwickelung der Tuberkulose in Stauhlungen ableitet.

In der Milz und in einer peritrachealen Lymphdrüse fanden sich geringe Mengen von Eisen und Speckstein; die Leber war frei. Beneke (Braunschweig).

43. **Ein Fall von Papillomatosis cutanea et vesicalis;** von Dr. C. Rasch. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 1. p. 55. 1896.)

Bei einem 79jähr. Manne, der, nachdem er vor 5 Jahren zuerst an Hämaturie gelitten hatte, im Communehospital zu Kopenhagen zur Sektion kam, war kurz vor dem Tode ein Blasenpapillom durch die Sectio alta entfernt worden. Es wies lange, verzweigte Bindegewebepapillen auf, besetzt mit einem dem Blasenepithel ähnlichen vielschichtigen Epithel; nirgends zeigte sich carcinomatöse Struktur. Die Haut der Leiche war am Rücken, an der Brust, am Unterleibe, an den Beinen von etwa 20 erbsen- bis haselnussgrossen, zum Theil gestielten papillomatösen Naevis bedeckt, von denen einige eine blumenkohlähnlich gelappte Oberfläche hatten. Daneben fanden sich erbsen- bis pfenniggrosse flache seborrhoische Warzen. Einzelne der gestielten Papillome enthielten Teleangiektasien; es fanden sich auch einige flache teleangiektatische Naevi vor. In den Achselhöhlen sassen mehrere flache warzige, oberflächlich macerirte Naevi, an den Armen ebenfalls papillomatöse Naevi, am Halse einige miliare, zum Theil linsengrosse xanthomähnliche kleine Geschwülste.

Die mikroskopische Untersuchung der Warzen ergab starke Verlängerung der Papillen und Infiltration derselben, sowie der obersten Schichten des Bindegewebes der Cutis mit Rundzellen. Die Geschwülste in der Achsel zeigten einen ähnlichen Bau, starke Verdickung des Stratum corneum mit Epithelperlen. Auch die grossen gestielten Geschwülste wiesen dasselbe Verhalten auf.

Das gleichzeitige Auftreten der multiplen papillomatösen Naevi an der Haut, deren Struktur der des Blasenpapilloma ganz ähnlich war, macht es wahrscheinlich, dass auch das Blasenpapillom eine congenitale oder aue congenitaler Anlage entstandene Bildung war. Auch im Darme fanden sich auf sonst gesunder Schleimhaut zerstreute polypöse Geschwülste, Adenofibrome.

Dass die Papillome erst in späterem Alter zur Entwickelung kamen, widerstreitet dieser Annahme nicht. Der das ganze Leben hindurch latente Keim oder Zellenhaufen entwickelt sich, wenn das Individuum alt und schwach geworden ist, die das Alter begleitende Schwächung der umgebenden Zellen gestattet alsdann den schon während des Fruchtlebens deponirten fremden Zellen, von denen anzunehmen ist, dass sie im Besitze einer ganz ausserordentlichen Vitalität sind, die Entwickelung.

Für das gleichzeitige Vorkommen von cutanen Naevis neben congenitalen Geschwülsten in inneren Organen findet sich ein analoger Vorgang in der bei Molluscum fibrosum beobachteten gleichzeitigen Entwickelung homologer Geschwülste an der Uvula, im Schlunde u. s. w. Auch gewisse Formen des Xanthome werden von inneren Geschwulstbildungen begleitet; bei Xeroderma pigmentosum ist mehrmals ausser den Pigmentmälern, Teleangiektasien und Epitheliomen der Haut die Entwickelung von Carcinomen in inneren Organen beobachtet worden. Die Acanthosis nigricans endlich ist gekennzeichnet durch gleichzeitiges Auftreten von Carcinomen in inneren Organen und multiplen Pigmentirungen und papillomatösen Naevis der Haut.

Wermann (Dresden).

44. Ueber Endotheliome; von Dr. David Hansemann. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 4. 1896.)

H. giebt eine Uebersicht über die Geschwulstarten, die ihre Entstehung vom Endothel der Gefäss- und Lymphspalten herleiten und demnach als „Endotheliome" bezeichnet werden. Er räth, diesen Namen zu vermeiden und dafür lieber in den einzelnen Fällen zur Charakterisirung der Histogenese der verschiedenartigen Tumoren das Adjektivum endothelial zuzusetzen. Er stellt als praktisch empfehlenswerth folgende Nomenclatur auf:

1) Carcinoma endotheliale.
2) Sarcoma endotheliale.
3) Carcinoma sarcometodes endotheliale.
4) Endotheliale Tumoren mit specifischer Entwickelung des Stroma: a) Cylindrom oder Siphonom, b) Myxom, c) Chondrom, d) Scirrhus, e) Mischformen mit Uebergang in Sarkom oder Carcinom.
5) Adenome endotheliale.

Merwedel (Heidelberg).

45. Ein Fall von Lymphangiosarkom des Mundbogens und Bemerkungen über die sogenannten Endothelgeschwülste; von Dr. Theodor Barth in Heidelberg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XIX. 3. p. 462. 1896.)

67jähr. Mann, seit 2 Jahren an der Unterfläche der Zunge eine langsam wachsende Geschwulst, seit 1 Jahre auch am linken Halse eine harte Anschwellung. Der Zungentumor selbst unempfindlich, die Zunge schmerzhaft und namentlich gegen Wärme sehr empfindlich. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus erschien der Tumor der Zunge fast knorpelhart, die Härte ging allmählich in den Zungenkörper über, am Unterkieferwinkel gleichfalls eine knorpelharte, taubeneigrosse Geschwulst, beide Tumoren hingen zusammen (Exstirpation).

Der Tumor war gänseeigross, daneben höckerig, knollig, durch lockeres Bindegewebe abgekapselt. Zwischen einzelne Theile reichten Muskulatur und Bindegewebe hinein; Verbindung mit der Glandula sublingualis. Schnittfläche weisslich-gelb, zum Theil etwas glasig homogen, geringer Blutgehalt, nirgends Hämorrhagien, Gefässlumina auf dem Durchschnitt nicht zu sehen.

Mikroskopischer Befund: B. unterscheidet 3 Haupttypen der Struktur, zwischen denen indessen Uebergänge sich fanden.

1. Typus. Ausgesprochen alveolärer Bau; breite Bindegewebezüge trennten einzelne Geschwulstpartien von einander ab, die abermals in kleinere Felder zerfielen. Diese enthielten zahlreiche Zellen mit dunklen Kernen, meist in solider Anfüllung. Eine abgrenzende Endothelmembran zwischen dem Stroma und den Tumorzellen fand sich nicht; doch erschienen die peripherischen Alveolarzellen häufig radiär angeordnet, wodurch ein drüsenartiges Bild entstand. Die Geschwulstzellen waren polymorph, etwas grösser als weisse Blutkörperchen, protoplasmaarm, sehr scharf contourirt, mit relativ grossem, bläschenförmigem Kern versehen. Reichliche Mitosen. Zwischen die Zellen reichten feine fibrilläre Fortsetzungen der Bindegewebezellen hinein, sie repräsentirten plattenförmige Gerüste und wurden besonders deutlich mit der van Gieson'schen und Rosin'schen Färbung dargestellt. Zwischen den Geschwulstzellen fanden sich ferner einige kernhaltige Zellen mit zwischen den anderen Zellen ausstrahlenden feinen Fortsätzen. B. deutet diese Befunde als den Ausdruck der Bildung einer Intercellularsubstanz.

2. Typus. Breite Bindegewebezüge mit zahlreichen Kernen umfassten schmale spaltenförmige Räume mit Geschwulstzellen, die 1- oder 2reihig angeordnet und langgestreckt waren. Die Gewebespalte liess sich, auch wenn sie keine Zellen mehr enthielt, noch zwischen den Bindegewebezellen eine Strecke weit verfolgen. Stellenweise verdickten sich diese Züge zu kolbenartigen Anschwellungen; sie repräsentirten offenbar Lymph- und Saftkanälchen mit gewuchertem Endothel, jedenfalls schienen die Zellen nicht sekundär in die Spalten vorgedrungen zu sein.

3. Typus. In den stärkeren Bindegewebesträngen der Mitte oder der Umgebung des Tumor fanden sich sarkomartige Partien aus spindelförmigen Zellen, zwischen denen Rundzellen verschiedener Grösse verstreut waren. Hier fanden sich auch schleimige Grundsubstanzen, sowie vereinzelte Mitosen.

Nirgends wurde in den Zellen Glykogen oder Pigment gefunden. Im Bindegewebe, vorwiegend der centralen Tumorpartien, sah man streckenweise glasige hyaline Streifen, auch mitten zwischen den Alveolarzellen kamen Hyalinkugeln vor, die sich am Bindegewebebalken entwickelten. In manchen Alveolen waren die Geschwulstzellen selbst zu hyalinen Schollen degenerirt. Weiterhin fand sich mucinöse Entartung der Gewebe. Einige Gruppen der Parenchymzellen waren nekrotisch. Der Tumor wuchs zum Theil in das Gewebe der Glandula sublingualis hinein, wobei das Gewebe der letzteren nekrotisirte.

Die mitexstirpirte Halslymphdrüse enthielt keine Tumorelemente; die Lymphgefässe der den Tumor umgebenden Gewebe waren mit regelmässigem, aber oft grossem, gequollenem Endothel ausgekleidet; Mitosen wurden darin nicht entdeckt.

Die vorstehenden Befunde gestatten die Deutung der Geschwulst als eine Wucherung der Endothelien des Saftkanalsystems. Niemals fanden sich rothe Blutkörperchen in den Spalten des Tumor (Typus II), so dass die Auffassung dieser Spalten als Blutgefässe nicht gestützt werden konnte. Die Ableitung von drüsigen Organen, bez. die Deutung als Carcinom konnte ausgeschlossen werden. Gegen die Annahme, dass ein Carcinom vorliegen könnte, spricht auch namentlich das Vorhandensein jenes Stroma zwischen den Alveolarzellen. B. verglich eine Anzahl von Sarkomen und Carcinomen, die mit der Rosin'schen Methode gefärbt waren, auf diese Frage hin und fand in den Carcinomen nichts Aehnliches, während die Sarkomzellen solche feine Ausläufer zu bilden pflegen.

In längerer Ausführung behandelt B. weiterhin die Frage, wie derartige Tumoren am besten zu klassificiren seien. Er schliesst sich der von Hippel gebrauchten Bezeichnung *Angiosarcoma* (Hämangiosarkom, Lymphangiosarkom) an, indem er als das Charakteristische dieser Tumoren eben die Entwickelung von einer Gefässwand ansieht. Da hierbei die Frage, ob die Tumoren vom Endothel oder vom Perithel stammen, erst in zweiter Linie kommt, so erscheint ihm (bez. seinem Lehrer G. R. Arnold) die Bezeichnung *Endotheliom* oder *Peritheliom* weniger glücklich. Die Einreihung in die Gruppe der Sarkome verdienen diese Tumoren nicht sowohl wegen ihrer Entwickelung aus Endothelien, deren histologische Natur B. noch für zweifelhaft erklärt, als vielmehr wegen der Bil-

dung zarter Intercellularsubstanz. Eine Zusammenstellung der neueren Literatur über ähnliche Tumoren aus den verschiedensten Organen, namentlich mit Berücksichtigung der für sie vorgeschlagenen Bezeichnungen, beschliesst die Abhandlung.

Beneke (Braunschweig).

46. Un cas d'épithélioma primitif du thymus; *valeur des corps concentriques pour le diagnostic histologique;* par J. Paviot et Gerest. (Arch. de Méd. expérim. VIII. 5. p. 606. 1896.)

Eine 52jähr. Kr. war 2 Tage vor ihrem Tode in das Hospital gekommen mit den Anzeichen eines grossen Mediastinaltumor. Sie war abgemagert, stark dyspnoisch (68 Athemzüge in der Minute), cyanotisch, heiser und von Husten geplagt. Am linken oberen Brustbeinrande wölbte sich ein druckempfindlicher Tumor hervor; die Hautvenen des Thorax, besonders auf dessen linker Seite, waren erweitert; die Unterschenkel waren ödematös. Die Herztöne waren regelmässig, aber kaum hörbar, Herzstoss nicht fühlbar. Der Radialpuls war beiderseits gleich schwach, mitunter kaum zu fühlen. Die Lymphdrüsen am Halse waren kaum vergrössert. Kein Fieber, Urin ohne Zucker und Eiweiss.

Die Kr. starb asphyktisch. Die *Sektion* ergab oberhalb des Herzens einen umfänglichen Tumor von 16 cm Höhe, 11 cm Breite und 13 cm Tiefe. Seine Oberfläche war höckerig, wie von Bindegewebesträngen netzartig eingezogen. Beide oberen Lungenlappen waren stellenweise mit ihm verwachsen, besonders der linke, von dem aus sich die Spuren der Anthrakose noch 1 cm tief in die Geschwulst hinein verfolgen liessen. Die Aorta liess keine Verkleinerung ihres Kalibers erkennen, die Hohlvenen, die Brachiocephalstämme und die Jugularvenen enthielten keine Blutgerinnsel und keine Einbruchsherde der Geschwulst, indess wurde eine Einengung der Hohlvenen festgestellt. Die Spitze des Tumor war mit der Schilddrüse, seine Basis mit dem Perikard verwachsen, das in Folge dessen eine höckerige Wandung zeigte. Der Herzbeutel enthielt 3—400 g klarer seröser Flüssigkeit. Die Bronchiallymphdrüsen zeigten ausser Anthrakose nichts Besonderes. In einer Nierenkapsel fand sich ein linsengrosser weisslicher Knoten. Der Uterus war mit kleinen Myomen durchsetzt, die Schilddrüse zeigte normales Gewebe.

Die histologische Untersuchung des Mediastinaltumor liess keinen Zweifel an seiner carcinomatösen Natur. Sein Hauptbestandtheil waren epitheliale Zellen mit deutlichem, gut färbbarem (Hämatoxylin) Kern, der bei starker Vergrösserung 1 Nucleolus zeigte, mitunter 2. Diese epithelialen Zellen waren von sehr ungleicher Grösse, selbst Nachbarzellen waren darin unterschiedlich. Das reichliche Bindegewebestroma nahm theilweise Pikrocarmin leicht an, theils war es kaum färbbar; überall aber liess es die kettenförmige Anordnung der epithelialen Zellenmassen hervortreten. Die Vaskularisation der Geschwulst war eine minimale, interstitielle Hämorrhagien fehlten. Schnitte durch die wuchernden Randpartien der Geschwulst, besonders die am Perikard, enthielten reichlich Riesenzellen: 3—4 grosse, in einander gefügte, aber nicht zwiebelschalenartig angeordnete Zellen, die concentrischen Körperchen von Hahn und Thomas, die die Diagnose eines Thymuscarcinoms vervollständigen. Der Knoten in der Nierenkapsel zeigte dasselbe epitheliale Gewebe mit reichlichem Bindegewebestroma, indess keine concentrischen Körperchen, er war eine Krebsmetastase. Die Abwesenheit von Lymphdrüsenmetastasen benutzen P. und G. zur Differentialdiagnose gegenüber Lymphosarkom.

Wie das Carcinom im Allgemeinen eine Krankheit des höheren Alters ist, betreffen auch die übrigen von P. und G. zusammengestellten Fälle von primärem Thymuskrebs Kranke im Alter von 50—60 Jahren. Das ausschliessliche Auftreten des Oedems an den Unterschenkeln, sein Fehlen an Kopf und Armen trotz wahrscheinlicher Venencompression erklären P. und G. damit, dass nur die Vasomotoren der Beine vom Tumor gelähmt worden seien, und berufen sich hierbei auf die Versuche Ranvier's, der nach Unterbindung der Vena cruralis beim Hunde nur dann Oedem des Beines auftreten sah, wenn die entsprechenden Vasomotoren durchschnitten waren.

Zum Schlusse betonen P. und G. noch einmal, dass die concentrischen Körperchen von Hahn und Thomas, die übrigens gar keine Aehnlichkeit mit Epidermisschollen haben, eine charakteristische Eigenthümlichkeit des Carcinoms der Thymus sind und dass sie am leichtesten in Randtheilen der Geschwulst und in frischen Schnitten gefunden werden.

Radestock (Dresden).

47. Ein verhornender Plattenepithelkrebs des Bronchus: Metaplasie oder Aberration? von Prof. P. Ernst in Heidelberg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 1. p. 155. 1896.)

Bei einem 50jähr. Manne, der unter den Symptomen von Bewusstlosigkeit und Athemnoth gestorben war, fand sich, neben Pneumonie in beiden Unterlappen, ein den Hauptbronchus des rechten Oberlappens total obturirender, papillomatös in den Hauptbronchus der rechten Lunge hineinragender Tumor, der direkt durch die Bronchialwand in eine gleichartige grosse Geschwulstmasse der anstossenden Lymphdrüsen überging. Die übrigen Bronchi des Oberlappens waren dilatirt, eitergefüllt; im Oberlappengewebe zahlreiche concentrische, schieferige, derbe Knoten. Zahlreiche, zum Theil hämorrhagische Metastasen im Gehirn, namentlich in der Stabkranzfaserung, eine in der Dura, eine in der linken Nebenniere.

Mikroskopisch erwies der Haupttumor sich als unzweifelhafter Plattenepithelkrebs, mit Zwiebelbildungen, deren centrale Verhornung namentlich durch die Verwendung der Gram'schen Methode sichergestellt wurde. Die Zellen zeigten die charakteristischen Formen: palisadenförmig in der dem Stroma aufsitzenden Schicht, zunehmende Abplattung nach den verhornenden Schichten zu; Keratohyalinbildung vor der Verhornung, von E. auch in diesem Falle als eine Folge des Chromatinzerfalls der Kerne gedeutet; Stachelzellenfaserung. Das Stroma zeigte, neben stark ektatischen Gefässen, sehr reichliche Riesenzellen, die bisweilen Cholestearinkrystalle umschlossen; die Ansammlungen der letzteren gaben dem Tumor vielfach Aehnlichkeit mit den teratoiden Dermoiden. Andere Riesenzellen enthielten andere Fremdkörper, darunter auch eigenthümliche Reste von Fettsäurekrystallen; wieder andere waren aus Krebszellen entstanden.

Die Metastasen zeigten einen vom Primärtumor sehr abweichenden Bau; sie glichen wegen ihrer weiten, oft nur aus Endothel bestehenden Gefässräume, denen sich spindelige Zellen unmittelbar anlagerten, mehr dem Angiosarkom; indessen liessen sich doch bisweilen auch, wenn auch nur in geringstem Grade, Verhornungen nachweisen, so dass E. sie als Carcinome und nicht als Sarkome (die etwa Metastasen des *Stroma* des Primärtumor repräsentirten) auffasst.

Die Entwicklung dieses für die Bronchialwand so vollkommen heterogenen Tumor kann auf eine Keimversprengung oder auf eine echte Metaplasie der Cylinderepithelien des Bronchus in Platten-

epithelien zurückgeführt werden; E. lässt diese Frage unentschieden, scheint sich aber, namentlich auch mit Rücksicht auf die Aehnlichkeit des Primärtumor mit Dermoidbildungen, mehr der ersteren Annahme zuzuneigen.

Abgesehen von der interessanten Diskussion über diese Frage enthält die Arbeit noch einige vergleichende Beobachtungen über die Brauchbarkeit der Gram'schen, Altmann'schen, Weigert'schen, Tänzer'schen (Orceïn) und van Gieson'schen Methoden für die sichere Diagnose der Verhornung. Wir heben aus diesen Mittheilungen noch die Beobachtung heraus, dass Orceïn eine deutliche Färbung der Epithelkittlinien gab und also auch hierin, wie in der Affinität zu den elastischen Fasern, seine Verwandtschaft zur Methode der Silberreduktion verrieth.

Beneke (Braunschweig).

48. **Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den malignen placentarvillösen Geschwülsten;** von Dr. Sigmund Gottschalk. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 56. 1896.)

Präparate des „Sarcoma uteri deciduo-cellulare“ Dr. Tannen's (vgl. Jahrbb. CCL. p. 157) wurden einer Nachuntersuchung unterzogen. Die Wucherungen bestehen erstens aus plasmodialen Gebilden, deren vielgestaltige Kerne sehr chromatinreich sind, und zweitens aus hellen Zellen mit bläschenförmigen oviformen Kernen. Die Zellen der letzten Art liegen theils in Lücken des Plasmodium, theils treten sie selbständig auf und dringen ohne jegliche Fühlung mit jenem in das Organgewebe ein. Die plasmodialen Massen entstammen dem Syncytium, die Zellen der letzteren Art vermuthlich der Langhans'schen Zellenschicht. Der nach einer Blasenmole entstandene Tumor ist demnach den bösartigen placentavillösen Geschwülsten zuzuzählen. Die Decidua nimmt an der Neubildung keinen aktiven Antheil.

Charakteristisch für die beiden betheiligten Zellenarten ist ihre Fähigkeit in unmittelbarer Berührung mit dem Blute aus diesem alle zur Erhaltung nothwendigen Stoffe selbständig in sich aufzunehmen und die Verbrauchsstoffe wieder an das Blut abzugeben. Dieser Umstand erklärt es, dass choriovillöse Geschwülste einer Vaskularisation nicht bedürfen. Der vorliegende Tumor unterscheidet sich von dem Sarkom der Chorionzotten, das zuerst von G. beschrieben wurde, dadurch, dass bei diesem eine dritte Zellenart, die Stromazellen der Zotten, an der örtlichen Wucherung betheiligt ist. Für die nach einer Molenbildung beobachteten Tumoren scheint die Herkunft aus dem Syncytium und den Langhans'schen Zellen die Regel zu sein; für die Geschwülste aber, die sich im Anschlusse an regelrechte Aborte und Geburten entwickeln, ist die Mitbetheiligung der Stromazellen wahrscheinlich, obwohl gewiss auch hier das Syncytium plus Zellenschicht oder ersteres allein ohne Betheiligung der Stromazellen Tumoren erzeugen kann. Brosin (Dresden).

49. **Zur Technik der Oberkiefer- und Nasenhöhlensektion;** von Prosektor Dr. Beneke in Braunschweig. (Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 20. 21. 1896.) Autorreferat.

Die von Harke eingeführte Methode für die Sektion der Nasenhöhle und ihrer Anhänge ist zwar für die oberen Abschnitte sehr geeignet, weniger aber für die unteren, deren Entfernung von der vom Schädelkapselraume aus operirenden Hand des Obducenten etwas weit ist; auch erfordert die genannte Methode die Eröffnung des Schädels und ist ziemlich mühsam. Ich habe daher neuerdings die Sektion von der Mundhöhle aus vorgezogen, und zu ihrer praktischen Handhabung zwei Modifikationen eingeführt. Zunächst wird statt des gewöhnlichen Kinnschamfugenschnittes, der die Sektion zu eröffnen pflegt, ein Y-förmiger Schnitt gemacht; die beiden Schenkel beginnen unterhalb der Ohren und vereinigen sich über dem Manubrium sterni. Wird der so begrenzte Hautlappen am Halse bis scharf zum Rande des Unterkiefers in die Höhe geschlagen, so ist zunächst die Entfernung der Halsorgane nebst Zunge sehr bequem und ferner der Einblick in die Mund- und Rachenhöhle von unten her vollkommen frei; schon jetzt gelingt es leicht, durch Abmeisseln des Proc. palat. maxill. sup. und der Lamina horiz. oss. palat. einen Zugang zur Nasenhöhle zu gewinnen. Noch günstiger wird die Situation, wenn man beiderseits die Parotis entfernt, was gar keine Schwierigkeit macht, und nach Trennung der Unterkiefermuskeln und Durchschneidung der Gelenkkapseln den Unterkiefer derart exartikulirt, dass die Zähne auf dem Nasenrücken zu stehen kommen. Der harte Gaumen liegt dann vollkommen frei zur Präparation, durch die Abmeisselung der genannten Knochenplatten gewinnt man die Uebersicht über die Nasenhöhle nebst den Muscheln; nach Fortnahme der letzteren mit der Scheere ist das Antrum Highmori zugänglich, desgleichen die Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle; ebenso gelingt es leicht, die Organe der Fossa sphenopalatina darzustellen, sowie die Tuba Eustachii mit dem Felsenbein zusammen zu präpariren. Die Herstellung der Leiche nach vollendeter Sektion ist die denkbar günstigste; weder Gesicht, noch Hals lassen Spuren erkennen.

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

50. 1) **Ist das Jodothyrin (Thyrojodin) der lebenswichtige Bestandtheil der Schilddrüse?** von E. Baumann u. E. Goldmann. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47. 1896.)

2) **Zur Frage nach der Anzahl der wirksamen Substanzen in der Schilddrüse;** von Dr. E. Roos. (Ebenda.)

1) Seit der ersten, grosses Aufsehen erregen-

den Mittheilung Baumann's (Jahrbb. CCL. p. 3) ist von den verschiedensten Seiten das Thyrojodin als der therapeutisch wirksame Bestandtheil der Schilddrüse anerkannt worden. Es wurden doch aber auch Zweifel laut, namentlich darüber, ob das Thyrojodin auch der wichtigste Bestandtheil für die physiologische Thätigkeit der Schilddrüse, ihr eigentlich „lebenswichtiger" Bestandtheil sei, und gerade dieser Frage hat B. bis zu seinem Tode seine Aufmerksamkeit und seine Arbeit zugewandt. Er glaubt, sie ohne alle Einschränkung mit Ja beantworten zu können. Versuche, die mit dem von den Elberfelder Farbenfabriken in den Handel gebrachten Jodothyrin (Milchzuckerverreibung, 1 g des Präparates entspricht etwa 1 g frischer Hammelschilddrüse mit 0.3 mg Jod) angestellt wurden, hatten folgende Ergebnisse:

„Bei schilddrüsenlosen Hunden treten tetanische Erscheinungen so lange nicht ein, als ihnen regelmässig Jodothyrin (2 oder 3—6 g) täglich zugeführt wird. Wo die Tetanie überhaupt erfolgt, zeigt sie sich immer erst nach der Entziehung des Jodothyrins oder nach einer starken Reduktion seiner Zufuhr. Zur Beseitigung der Tetanie thyreoidektomirter Hunde sind um so grössere Mengen von Jodothyrin erforderlich, je heftiger der Anfall im Allgemeinen ist, und je später nach seinem Beginne das Mittel gegeben wird. Der Organismus des schilddrüsenlosen Hundes besitzt nicht die Fähigkeit, das per os oder subcutan ihm zugeführte Jodothyrin zurückzuhalten, das als solches oder in Form einer anderen organischen Verbindung im Harn ausgeschieden wird."

2) Das Jodothyrin ist in der Drüse an Eiweisskörper gebunden und kann aus Extrakten der Drüse, die mit Wasser oder kochsalzhaltigem Wasser hergestellt sind, durch Enteiweissen (Kochen und Ansäuern mit Essigsäure) vollkommen ausgefällt werden. Das Filtrat des Eiweissniederschlages ist nach Baumann und Roos völlig frei von Jod und therapeutisch unwirksam. Diesen Angaben hat S. Fränkel widersprochen. Er stellte aus dem Filtrat einen Körper dar, den er Thyreoantitoxin nannte und dem er eine erhebliche Wirksamkeit zusprach. Roos hat dieses Thyreoantitoxin geprüft und ist der festen Ueberzeugung, dass es keine Bedeutung hat. Der alleinige wirksame Bestandtheil der Schilddrüse ist und bleibt das Jodothyrin. Dippe.

51. **Zur pharmakologischen Kenntniss des Thyrojodins**; von Dr. H. Hildebrandt. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 37. 1896.)

H. bestätigt vollständig die vorstehend besprochenen Angaben Baumann's. Aus seinen an Hunden angestellten Versuchen geht hervor: Das Thyrojodin ist im Stande, die nach Thyreoidektomie auftretenden Ausfallserscheinungen zu coupiren und die Thiere am Leben zu erhalten. Es stellt demnach thatsächlich das wirksame Princip der Schilddrüsensubstanz dar. Die Jodsalze sind nicht im Stande, die nach Schilddrüsenexstirpation auftretende Tetanie hintanzuhalten oder zu beeinflussen. V. Lehmann (Berlin).

52. **Ueber therapeutische Anwendung der Schilddrüsenpräparate.** (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 101.)

Der 1. Referent Prof. Ewald bespricht nach einer kurzen historischen Einleitung die verschiedenen Präparate, vor Allem das *Thyrojodin* und geht dann auf ihre günstigen und ungünstigen Wirkungen ein. Augenscheinlich wirkt das Sekret der Schilddrüse „wie ein Antitoxin gewissen Toxinen gegenüber, die als Nebenprodukte des Stoffwechsels auftreten. Fehlt das Sekret, so häufen sich diese Toxine an und setzen den Stoffwechsel herab. Wird es im Uebermaasse abgesondert, oder in den Organismus eingebracht, so dass der Neutralisationspunkt überschritten wird und zuviel Thyreoidin im Körper kreist, so treten die specifischen Wirkungen des letzteren ein". Danach ist leicht ersichtlich, wie der Arzt im gegebenen Falle durch vorsichtige Darreichung Schäden vermeiden kann. E. hält eine Tagesdosis von 3 Tabletten, entsprechend 3 mg Jod, für das Höchste.

Am sichersten wirkt das Thyrojodin bei *Myxödem*, einschliesslich des infantilen Myxödems, des *sporadischen Cretinismus*. Ueber den *endemischen Cretinismus* besitzt E. keine eigenen Erfahrungen. Ueber die Wirkung des Thyrojodins auf *Hautkrankheiten* spricht er sich vorsichtig aus. Einzelne Erfolge bei *Psoriasis* sind kaum zu leugnen. Für *Lupus* und *Tuberkulose* fehlt es noch an genügenden Versuchen. Gegen die *Fettsucht* ist das Thyrojodin nach E. „ein vortreffliches Mittel". Bei *Tetanie* soll es geholfen haben. Ganz zweifelhaft ist seine Wirkung bei *Epilepsie*, *Psychosen*, *Akromegalie*, *Rhachitis*. Bei *Basedow'scher Krankheit* hat E. in 3 Fällen keinen Erfolg gehabt.

Der 2. Referent Prof. P. Bruns bespricht kurz die guten Wirkungen der Schilddrüsenbehandlung bei den schweren Folgen der Kropfexstirpation und geht dann ausführlich auf die *Behandlung des Kropfes mit Thyrojodin* ein.

„Die grosse Mehrzahl der Strumen ist der Schilddrüsenbehandlung zugänglich." Nur etwa der 4. Theil bleibt unbeeinflusst. Je kürzer der Kropf besteht und je jünger der Kranke, desto besser die Erfolge. Am sichersten ist die Wirkung des Thyrojodin bei der follikulären Hyperplasie. Hier tritt, wie Br. durch histologische Untersuchungen feststellte, eine wirkliche Rückbildung zur Norm ein. „Wir betrachten die follikuläre Hyperplasie der Schilddrüse als den Ausdruck einer funktionellen Mehrbelastung, sei es, dass ein Theil der Drüse durch kropfige Entartung unfähig geworden ist, oder dass der Gesammtorganismus einen vermehrten Bedarf an Schilddrüsensekret geltend macht. Die Zufuhr von Schilddrüsensekret dient

hier zur funktionellen Entlastung und bewirkt, dass ein Theil der neugebildeten Drüsenbläschen zur vollen Entwickelung ausgestaltet, der grösste Theil derselben als überschüssig ausgemerzt wird."

Dippe.

53. Gaswechsel und Fettumsatz bei Myxödem und Schilddrüsenfütterung; von Dr. A. Magnus-Levy. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Medicin. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 137.)

Da Schilddrüsenextrakt meistens Abmagerung bewirkt, so muss es den Stoffumsatz steigern. *Wie* dies geschieht, ist von M.-L. zuerst (durch Respirationversuche) erwiesen worden. Danach findet der vermehrte Fettzerfall nicht nur durch die erregende und daher Muskelarbeit steigernde Wirkung des Extrakts seine Erklärung, sondern es wurde nachgewiesen, dass auch bei körperlicher Ruhe unter Behandlung mit Schilddrüsenextrakt die Sauerstoffaufnahme und die Kohlensäureabgabe bedeutend zunahmen.

M.-L. spricht sich indess gegen die Verwerthung dieses Resultates für die Entfettungtherapie aus, hauptsächlich deshalb, weil er immer zugleich Eiweissverlust fand. Physiologisch sind die Ergebnisse aber deshalb wichtig, weil wir bisher keinen Faktor kannten, der die *ruhende* Zelle zu einer gesteigerten Zersetzung veranlasst.

Während M.-L. beim Myxödem den Gasumsatz unter der Norm fand, zeigte er sich in mehreren Fällen von Morbus Basedowii bedeutend gesteigert.

V. Lehmann (Berlin).

54. Ueber die Wirksamkeit des Thyrojodins bei der Cachexia thyreopriva; von Dr. J. A. Notkin. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 43. 1896.)

N. hat mit Thyrojodin mehrere Versuche an Hunden gemacht, in denen die Tetanie nach Schilddrüsenexstirpation durch Thyrojodin nicht beeinflusst wurde. Nach N. ist das Thyrojodin nur im Stande, dem Kropf und Myxödem verursachenden eiweissartigen Gifte entgegen zu wirken, während es dem nicht eiweissartigen Tetanietoxin gegenüber wirkungslos ist. V. Lehmann (Berlin).

55. Bemerkungen über Rhachitis und über einige Versuche, dieselbe mit Schilddrüsensaft zu behandeln; von O. Heubner. (Charité-Annalen XXI. p. 310. 1896.)

H. erörtert kurz, weshalb die Krankenhausbehandlung der Rhachitis meist keine grossen Erfolge aufzuweisen hat. Zum guten Theile deshalb, weil den Krankenhäusern die allerschwersten und am weitesten vorgeschrittenen Fälle überwiesen werden. Da nun in diesen Fällen keines der bisher empfohlenen Mittel recht helfen will (nach H.'s Erfahrungen auch der Phosphor nicht), da wir immer wieder darauf geführt werden, das eigentliche Wesen der Rhachitis in einer krankhaften Beschaffenheit des Blutes zu sehen, da drittens zwischen dem Knochenwachsthume und der Schilddrüse gewisse Beziehungen zu bestehen scheinen, machte H. bei einer Anzahl von rhachitischen Kindern einen Versuch mit dem *Merck*'schen Schilddrüsenpräparat. Leider ohne den erhofften Erfolg. Der Kräftezustand der Kinder, namentlich ihre Widerstandsfähigkeit gegen die häufigen gefährlichen Lungen- und Darmerkrankungen, schien sich deutlich zu heben, ein Heilmittel der Rhachitis ist das Thyreoidin nicht.

Dippe.

56. Ueber Einverleibung von Eierstocksgewebe; von R. Chrobak. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 20. 1896.)

Um die Beschwerden des normalen oder antecipirten Klimakterium zu lindern, hat Chr. seit längerer Zeit Versuche mit Darreichung von Rindseierstöcken, frisch und in Pastillenform, unternommen. Er gab im Allgemeinen bis 0.8 der frischen Ovarialsubstanz und empfiehlt auf Grund seiner Beobachtungen weitere Versuche damit.

Glaeser (Danzig).

57. Ueber Euchinin; von Prof. Carl von Noorden. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 48. 1896.)

Das Euchinin ist der Aethylkohlensäureester des Chinin und ist nach v. N.'s Erfahrungen das lange gewünschte gut wirkende und leicht zu nehmende Chininpräparat. Es entsteht durch die Einwirkung von chlorkohlensaurem Aethyl auf Chinin, bildet weisse, in Wasser schwer, in Alkohol leicht lösliche Nadeln, ist fast geschmacklos und kann von Erwachsenen in Kapseln, von Kindern in Sherry, Milch, Suppen, Cacao ohne alle Unannehmlichkeiten genommen werden. Bei Malaria hat v. N. noch keine Versuche anstellen können. Bei Keuchhusten, bei verschiedenen Fiebern und bei Neuralgien wirkte das Euchinin sehr gut, derart, dass etwa $1\frac{1}{2}$—2 g einem Gramm Chinin entsprachen. Eine Dame, die wegen heftiger Supraorbitalneuralgie von Zeit zu Zeit 0.6 g Chinin genommen, danach aber stets sehr unangenehme Magenerscheinungen gehabt hatte, nahm wiederholt 1 g Euchinin mit bestem Erfolg und ohne alle Beschwerden.

Von den Salzen des Euchinin ist das gerbsaure geschmacklos und empfehlenswerth, das salzsaure nicht. Dippe.

58. Ueber das Pyramidon, ein Antipyrinderivat; von Wilh. Filehne. (Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 48. 1896.)

F. giebt eine kurze vorläufige Mittheilung über das Dimethylamidoantipyrin, das nach seinen Untersuchungen und Beobachtungen ein recht brauchbares Mittel sein dürfte. Es ist ein gelblichweisses krystallinisches, in Wasser im Verhältniss von 1:10 lösliches, geschmackloses Pulver, das alle

guten Wirkungen des Antipyrin hat, aber kräftiger ist, in kleineren Mengen (0.1—0.75) gegeben werden kann und im Ganzen milder, dafür aber anhaltender wirkt. Schaden thut es augenscheinlich nie, auch bei Nierenkranken nicht.

Das neue Mittel wird von den Höchster Farbwerken zunächst nur „zu wissenschaftlichen Untersuchungen" abgegeben. Dippe.

59. **Ueber Citrophen**; von Dr. E. Homberger in Frankfurt a. M. (Deutsche Med.-Ztg. Nr. 76. 1896.)

H. hat mit dem Citrophen dieselben guten Erfahrungen gemacht wie Benario (Jahrbb. CCLI. p. 16). Es setzt zu 0.5 g ohne üble Nebenerscheinungen die Temperatur prompt herab, ist in etwas grösseren Gaben, bis zu 2 g pro die, ein gutes Antirheumaticum und Antineuralgicum, wird gern genommen und scheint nicht selten den Appetit anzuregen. Dippe.

60. **Die Behandlung von Kopfschmerzen mit Methylenblau**; von Dr. Benno Levy in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45. 1896.)

L. findet es sehr unrecht, dass das von Ehrlich empfohlene Methylenblau so wenig Anklang bei den Aerzten gefunden hat. Ihm hat sich das Mittel bei „angiospastischer Migräne", bei Neurasthenie und vor Allem bei rein nervösem Kopfschmerz in einigen Fällen vortrefflich bewährt, nicht nur vorübergehend gegen vorhandene Schmerzen, sondern auch für die Dauer gegen das Leiden selbst. Man giebt: Methylenblau *Merck*, gepulverte Muskatnuss ana 0.1 in Kapseln, etwa 4mal täglich 1 Kapsel. Die Muskatnuss beugt einer zu starken Blasenreizung vor. Der Harn färbt sich dunkelblau oder mehr grünlich. Gleich das erste Pulver hat meist eine gute Wirkung. Bis zu 1 g Methylenblau kann man ruhig hinter einander weg geben. Dippe.

61. **Ueber Trional**; von Dr. Arthur Hennig in Königsberg i. Pr. (Wien. med. Presse XXXVII. 46. 47. 1896.)

Die Arbeit enthält nichts Neues, H. stellt aber auf Grund ausgedehnter eigener Erfahrungen und einer Literaturübersicht den Werth und die Gefahren des vortrefflichen Mittels gut zusammen. Besondere Vorsicht ist bei Leuten mit schlechtem Appetit und starker Verstopfung geboten; über 1.5 g pro dosi soll man nicht gehen; man soll bei längerem Gebrauche immer einmal aussetzen und sorgsam auf den Harn achten. H. selbst hat nie unangenehme Erscheinungen, nur Gutes gesehen. Dippe.

62. **Harnstoff als Diureticum**; von Dr. S. Bettmann. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49. 1896.)

G. Klemperer hat den Harnstoff als Diureticum, namentlich bei Lebercirrhose, empfohlen (Jahrbb. CCL. p. 15). B. hat ihn in der Erb'schen Klinik bei 3 Kr. mit Lebercirrhose, 4 mit seröser Pleuritis, 5 mit Ergüssen in mehrere seröse Höhlen angewandt, hat aber keinen rechten Erfolg gesehen. Das Mittel wird leicht und ohne Nachtheil genommen. Zur Unterstützung der Punktion dürfte es noch weiterhin erprobt werden. Dippe.

63. **Ergographische Untersuchungen über Kaffee, Thee, Mate, Guarana und Coca**; von Dr. A. Benedicenti. (Moleschott's Untersuch. XVI. 1 u. 2. p. 170. 1896.)

B. hat mit dem *Mosso*'schen Ergographen den Einfluss von Kaffee, Thee, Mate, Guarana und Coca auf die Ermüdungscurve des Muskels untersucht.

Alle diese Stoffe erhöhen den Widerstand gegen die Muskelermüdung, wirken aber nicht alle in gleicher Weise und gleich stark. Während Coca am stärksten wirkt, ist Mate am schwächsten. Coca wirkt auf die Muskelenergie erhöhend und erhaltend, Kaffee, Thee, Mate wirken mehr erhaltend, kaum erhöhend. Die Wirkung des Kaffee kann 1 Stunde anhalten, die des Thee, Mate, Guarana ist meist nach einer halben Stunde vorüber.

Die Wirkungen schwanken bei verschiedenen Leuten in weiten Grenzen.

V. Lehmann (Berlin).

64. **Ueber die Löslichkeit des Steinkohlentheers in verschiedenen Flüssigkeiten und über die therapeutische Verwerthung dieser Lösungen**; von Dr. Arnold Sack. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 470. 1896.)

Die günstigen Erfahrungen, die die Engländer mit ihrer Solution of Coal Tar und die Franzosen mit ihrem Coaltar saponiné bis jetzt gemacht haben, führten dazu, auch in Deutschland Präparate darzustellen, die den Steinkohlentheer in Lösung enthalten. Fischel verwandte eine Mischung von Alkohol und Benzol, um den Liquor anthracis simplex herzustellen, der auch zur Aufnahme von Salicylsäure, Resorcin u. s. w. geeignet war. Glaeser in Heidelberg wandte Aceton als Lösungmittel an und es stellte sich heraus, dass dieses Mittel im Stande ist, die grössten Mengen Theer zu lösen. Das Aceton ist ein für die Haut gänzlich indifferenter Stoff, es erlaubt eine gleichmässige Vertheilung der Theerlösung auf der Haut und begünstigt ein rasches Eindringen. S. wandte das Mittel bei trockenen und feuchten Hautkatarrhen an, sowie bei rein mykotischen Erkrankungen der Haut. Besonders ist es zu empfehlen bei ausgedehnten stark juckenden, trockenen und auch schon lichenificirten Ekzemen; ferner bei Cheiropompholyx, bei abheilender Sycosis coccogenes, wenn die Pustulation abgenommen hat, in leichten Fällen von Herpes tonsurans, bei seborrhoischen Affektionen, namentlich des Kopfes. Bei vorgeschrittenen Para- oder Hyperkeratosen genügt indess die einfache Theeracetonlösung (10 Theile Steinkohlentheer, 20 Theile Benzol, 77 Theile

Aceton) nicht, sondern es ist nöthig, Salicyl, Resorcin u. s. w. zuzusetzen. Dies geschieht in der Verordnung in folgender Form:

Sol. Lithanthracis acetonicae 100.0
cui adde Acid. salicyl. . . . 5.0

oder

Sol. Lithanthracis acetonicae . . 20.0
cui adde Acid. salicyl. 2.0
Resorcin. purissime resubl. albiss. 8.0
(Nach Art einer Schälpaste) u. s. w.

Ueber die beste Einverleibungsart des Schwefels sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.

Wermann (Dresden).

65. **The therapeutic value of hydrobromate of scopolamine in plastic iritis**; by Dr. Charles A. Olliver. (Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 542. 1896.)

Nach der Erfahrung der letzten Jahre in der Behandlung von schweren Augenleiden, besonders der Regenbogenhaut-Entzündung, zieht O. das Scopolaminum hydrobromicum (mehrere Tropfen einer Lösung von 1 : 500) dem Atropin vor, sowohl der gewöhnlichen 1proc., als auch einer stärkeren Lösung. Vor der Einträufelung des Scopolamin kann man auch 1 oder 2 Tropfen einer 2proc. Cocainlösung auf den Augapfel träufeln. Bei längerer Dauer einer Krankheit kann Atropin noch ausser dem Scopolamin gebraucht werden.

Lamhofer (Leipzig).

66. **Recherches physiologiques sur l'acétylène**; par N. Gréhant. (Arch. de Physiol. XXVIII. 1. p. 104. 1896.)

Cl. Bernard hatte das Acetylen für ein gänzlich ungiftiges Gas erklärt; er hatte aber der Einathmungsluft der Versuchsthiere (Sperling) nur wenige Volum-Procente Acetylen zugemischt. In seinen neuen Untersuchungen hat G. das aus Calciumcarbid leicht in grösserer Menge herstellbare Acetylengas mit Luft und soviel Sauerstoff gemischt, dass das Gemisch dem Sauerstoffgehalt der Atmosphäre entsprach, einathmen lassen in den Concentrationen von 20%, 40% und 79%. Bei 20% Acetylen war ausser Vertiefung der Respirationbewegungen keine weitere Veränderung an den Versuchsthieren (Hunde) zu beobachten. Bei Einathmung eines Gemisches mit 40% Acetylen starb der Hund nach 51 Minuten lang fortgesetzter Einathmung, bei 79% Acetylen bereits nach 9 Minuten langer Einathmung. Weit widerstandfähiger als die Hunde erwiesen sich Meerschweinchen, auch Tauben widerstanden besser als Hunde. Frösche hielten sogar Tage lang in 79% Acetylen aus.

Die Untersuchung der mittels des Vacuum aus dem Blut gewinnbaren Gase ergab, dass sehr bald nach dem Aussetzen der Acetyleneinathmungen das Acetylen, das nur physikalisch absorbirt, aber nicht chemisch gebunden ist, das Blut wieder verlässt, im Gegensatz zum Kohlenoxyd, das viel länger und fester haftet. H. Dreser (Göttingen).

67. **Ueber merkurielle Albuminurie**; von Dr. Julius Heller. (Charité-Annalen XX. p. 700. 1895.)

H. machte gegen 8000 Harnuntersuchungen bei 201 syphilitischen Männern, 79 syphilitischen Frauen und 35 nicht syphilitischen, an venerischen Bubonen leidenden Männern der Lewin'schen Klinik für Syphilis. Bei den Männern wurde 25mal Albumen mit Sicherheit nachgewiesen; 10mal nur als minimale Trübung. Bei den Frauen wurde der Harn bei 85% eiweissfrei gefunden, nur in 4 Fällen bestand stärkere Albuminurie = 5%. Bei den 35 an Bubonen leidenden Kranken fanden sich bei 636 Untersuchungen nur 2—3mal minimale Trübungen des Harns. Als Reagens wurde vorwiegend Salpetersäure, und zwar Unterschichtung (Heller'sche Probe) angewandt. Aus den Untersuchungen liessen sich folgende Schlüsse ziehen:

A. Bei allen Syphilitischen, insbesondere bei allen mit Hg Behandelten ist eine möglichst häufige, gewissermaassen prophylaktische Harnuntersuchung, wie bei Scharlach, nothwendig. In keinem Falle wies das geringste klinische Symptom auf eine Abnormität des Harns hin. B. Albuminurie auf Basis der syphilitischen Allgemeinerkrankung ist im Eruptionstadium der sog. sekundär syphilitischen Symptome sehr selten. Die auf Erkrankung der Nieren beruhende, in der Periode der visceralen Lues vorkommende Albuminurie bleibt hier ganz ausser Betracht. C. Bei Anwendung der Sublimatinjektionen ist die Albuminurie viel seltener als bei den übrigen Behandlungsmethoden: 3.5% : 8—13%. Eine schwere Nephritis wurde nie, eine Nephritis leichteren Grades nur in 2 von 336 Fällen = 0.6% beobachtet. Lewin hat unter etwa 80000 mit Sublimat behandelten Kranken nie eine Nephritis gesehen, während er eine schwere akute hämorrhagische Nephritis, sowie 5 leichtere Fälle nach Injektion von Hydrargyrum salicylicum beobachtete. Auch nach Schmierkuren ist Nephritis beobachtet worden. Noch ist die Frage nicht gelöst, ob die merkurielle Albuminurie, die allerdings in den meisten Fällen zunächst günstig verläuft, eine für den Kranken unwesentliche Affektion ist. D. Bei jedem an Syphilis leidenden Nephritiker wird man, sobald eine Hg-Kur nicht zu umgehen ist, die Sublimat-Kur anwenden, da diese einerseits die Nieren am wenigsten schädigt, andererseits stets genau und leicht zu controliren ist. Wermann (Dresden).

68. **Ueber Quecksilber-Exantheme**; von Dr. Max Beck. (Charité-Annalen XX. p. 587. 1895.)

B. theilt 3 Beobachtungen mit von schwerem Exanthem nach Einreibung von grauer Salbe in 2 Fällen, von rother Quecksilbersalbe in 1 Falle. In 2 Fällen kam es zu schwerer Sepsis, der die eine Kr. erlag. Es entwickelte sich zunächst nach

der Anwendung der relativ geringen Dosen Quecksilbersalbe ein Erythem und auf diesem ein bösartiges Ekzem der Haut, das jeder Behandlung trotzte. Dabei fand sich eine eigenthümliche erysipelartige Röthung der Haut; diese war jedoch nicht geschwollen, sondern mehr trocken und rissig. Die Risse gaben nun den Staphylokokken, Streptokokken und anderen Bakterien hinreichend Gelegenheit zur Einwanderung. Zunächst handelt es sich bei der Entstehung der Quecksilberexantheme um eine örtliche Hautreizung; daneben kommt aber auch eine Allgemeinwirkung des von der Haut resorbirten und in die Blutbahn eingeführten Quecksilbers in Betracht. Eine besondere Idiosynkrasie der Kranken begünstigt diese Einflüsse. Gegenüber den Exanthemen, die nach dem inneren Gebrauche von Medikamenten auftreten, zeigen die Exantheme nach Quecksilbersalben eine ganz besondere Mannigfaltigkeit und zahlreiche Uebergänge; in dem einen Falle konnte der Stufengang von einem einfachen Erythem bis zu schwerer Impetigo verfolgt werden.

Gegen die hartnäckige Ekzem- und Borkenbildung erwiesen sich Einpinselungen von Thiolum liquidum 25% als erfolgreich. Um das Rissigwerden der Haut zu verhindern, empfiehlt es sich, Umschläge mit *Burow*'scher Lösung zu machen oder Borvaseline dick aufzutragen.

Wermann (Dresden).

69. **Ueber einen eigenthümlichen Fall von Chorea minor und Herpes arsenicalis mit Betheiligung des Kehlkopfs nebst einigen Bemerkungen über Herpes laryngis**; von Dr. Schultzen. (Charité-Annalen XX. p. 228. 1895.)

Ein 15½jähr. Bäckerlehrling, neuropathisch belastet und lange Zeit gemüthlich deprimirt, mit ausgesprochener Disposition für Gelenkrheumatismus, erkrankte an Chorea minor, die, auf nur wenige Nervengebiete beschränkt, besonders den linken M. sternocleidomastoideus und splenius capitis betraf; gleichzeitig waren Tremor der Stimmbänder, Beschleunigung der Athmung und Herzthätigkeit vorhanden. Der Kr. erhielt Sol. Fowleri, morgens kalte Abreibungen und entsprechende Beschäftigung, wonach sich der Zustand besserte. Im Ganzen nahm er in 32 Tagen etwa 9.5 Sol. Fowleri. Seit dem 25. Tage nun traten leichte vorübergehende Vergiftungserscheinungen auf, denen am 31. Tage ein Herpes nasalis folgte. Einen Tag nach dem Aussetzen des Mittels stellten sich dann zuerst erhebliche Pulsbeschleunigung, einen Tag später Frösteln und hohes Fieber und nach dessen kritischem Abfall schubweise Herpes labialis, mentalis und laryngealis ein, unter gleichzeitigen Parästhesien im Kehlkopf. Auffallend ist, dass die stärkeren Nebenwirkungen des Arsens, das Fieber und der ausgebreitete Herpes erst 9 Tage nach dem Aussetzen des Mittels auftraten. Das Ueberspringen des Herpes nach Arsenmedikation auf die Schleimhaut scheint zu den grössten Seltenheiten zu gehören. Gelegentlich findet sich Herpes des Kehlkopfs gleichzeitig bei Herpes facialis; auch in diesen Fällen sind Parästhesien fast immer vorhanden. Vielleicht ist für die Entwickelung des Herpes laryngis im vorliegenden Falle der Umstand von Bedeutung gewesen, dass in der ersten Zeit der Chorea laryngeale Störungen vorhanden waren. Wermann (Dresden).

70. **Ueber einen Fall von Idiosynkrasie gegen Antipyrin**; von Dr. Hans Ruge. (Charité-Annalen XX. p. 245. 1895.)

Eine 35jähr. Schneiderin, die wegen einer leichten akuten rheumatischen Polyarthritis das Krankenhaus aufgesucht hatte, bot, nachdem sie innerhalb 11 Tagen 31.0 Antipyrin genommen und gut vertragen hatte, plötzlich eigenartige Krankheiterscheinungen dar, die am meisten denen einer beginnenden akuten Infektionkrankheit glichen. Es traten schwere Fieberanfälle unter starken Frösten mit Milztumor, Ileocökalgurren und Obstipation auf, so dass bei gleichzeitiger schwerer Störung des Allgemeinbefindens (auch einzelne roseolaähnliche Flecke in der Oberbauchgegend waren sichtbar) die Annahme nahe lag, dass sich ein Ileo-Typhus entwickeln würde. Erst als am 3. Tage ein Exanthem herauskam und am 4. Tage die Temperatur kritisch abfiel unter starker Schweissbildung, wurde es klar, dass es sich nicht um einen Typhus handelte. Genau dieselben Erscheinungen stellten sich bei einer Wiederholung der Antipyrin-Modikation in der Dosis von 1.0 14 Tage später wieder ein und ebenso dann noch einmal, als zur völligen Sicherung der Diagnose noch ein 3. Mal 1.0 Antipyrin gegeben worden war. Das Exanthem zeigte rothe, etwas erhabene Flecke, die vielfach zu grösseren rothen Flächen zusammenflossen; am stärksten befallen waren die Streckseiten der Arme. Conjunctiva, Hals- und Rachenschleimhaut bis zum Kehlkopf waren geröthet und geschwellt. Sehr bemerkbar war eine starke Dyspnöe, die jedesmal mit den Fieberanfällen bei der Kr. auftrat, vermuthlich in Folge einer akuten hyperämischen Schwellung der Respirationschleimhaut. Das Fieber erreichte 39.5°, 39.7° und 39.6°; der Urin war stets frei von Eiweiss.

Während es sich in den in der Literatur niedergelegten Fällen um eine angeborene Idiosynkrasie gegen Antipyrin handelt, muss im vorliegenden Falle eine erworbene Idiosynkrasie angenommen werden, da die Vergiftungerscheinungen erst auftraten, nachdem schon 31.0 Antipyrin ohne alle Beschwerden genommen waren. Gegen eine cumulative Wirkung des Mittels spricht die schnelle Ausscheidung des Antipyrins durch den Harn. Ganz besonders ist das 3malige Auftreten des Milztumor im vorliegenden Falle hervorzuheben; nur Eichhorst berichtet noch von einer Milzschwellung nach Antipyrin: „der Kranke bot alle charakteristischen Zeichen eines Abdominaltyphus dar". Diese grosse Aehnlichkeit einer rein chemischen Wirkung auf den menschlichen Körper mit bakteriellen Einwirkungen ist von allergrösstem Interesse. Wermann (Dresden).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

71. **Ueber Augenmuskel-Störungen.** (Vgl. Jahrbb. CCLII. p. 23.)

Bresler (Ein Fall von progressiver Paralyse. Neurol. Centr.-Bl. XV. 23. 1895) hat bei einem 14jähr. paralytischen Mädchen in den dem Tode vorausgehenden Krämpfen Drehung der Augen nach der einen Seite und Drehung des Kopfes nach der anderen, sowie Wechseln der Abweichung gesehen. Er bezeichnet die Erscheinung als „gekreuzte alternirende Deviation".

Später hat Bresler (Zur associirten Deviation der Augen und des Kopfes. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5. 1896) bei einem 20jähr. Mädchen mit Entartungsirresein und einer abgelaufenen Eiterung des linken Ohres Zuckungen des Kopfes von rechts nach links, sowie Strabismus convergens sin. und „seitliches Oscilliren" der Augäpfel beobachtet. In einer Nachschrift (Ebenda 7) bemerkt er, dass L. Bruns Nystagmus mit klonischem Krampfe der Halsmuskeln wiederholt bei kleinen Kindern gesehen habe, dass auch andere Autoren Aehnliches erwähnt haben.

Ueber Lindsay Steven's Beobachtung sagt die Ueberschrift eigentlich alles Nöthige (Third-nerve paralysis of syphilitic origin, with complete ptosis and loss of power in all the ocular muscles except the external rectus; severe hemicrania, nocturnal in character; history of antecedent „faint turns" or „shocks"; aortic valve disease; complete recovery from hemicrania and ophthalmoplegia under mercury and iodide of potassium. Glasgow med. Journ. XLVI. 4. p. 248. 1896). Es handelte sich um eine basale Oculomotoriuslähmung. Der Ausdruck „Hemikranie" ist ganz unpassend.

Sahrazès und Cahannes (Nystagmus vibratoire de nature hystérique, spontané et provoqué par suggestion dans l'hypnose. Revue de Neurol. IV. 18. 1896) beobachteten bei einer Hysterischen Augenzittern.

Es handelte sich um doppelseitigen horizontalen Nystagmus mit sehr raschen Schwingungen. Er trat sowohl beim Fernsehen, wie beim Nahesehen auf und in beiden Fällen bestand Abweichen des linken Auges nach innen. Beim Fixiren nahm das Zittern zu. Es war so geschwind, dass auch die Iris zitterte (Iridodonesis).

Es gelang bei 2 anderen Patientinnen, denen man die Kranke gezeigt hatte, durch hypnotische Suggestion ganz das gleiche Augenzittern hervorzurufen. Es trat auch der gleiche Strabismus auf.

L. Aurand und H. Frenkel (Sur quelques manifestations oculaires de l'hystérie. Revue de Méd. XVI. 10. p. 845. 1896) beschreiben ausführlich eine Kranke, bei der Amaurose, Ophthalmoplegia interior eines Auges und Behinderung der Bewegungen des Augapfels bestanden.

Ein 18jähr. Dienstmädchen, das schon früher nach einem Schrecken an Aphonie gelitten hatte, das Blut gespuckt hatte, war im December 1895 plötzlich blind geworden. Schmerzen in den Schläfen waren vorausgegangen, neben der Blindheit bestand Blepharospasmus, die Pupillen waren normal, die Umgebung der Augen war unempfindlich. Im Mai 1896 waren die Augen nach oben gewandt, rechts Blindheit, links Sehen durch einen Nebel. Halbgeschlossene zitternde Lider. Am Körper eine Anzahl hyperästhetischer Stellen. Während der Beobachtung wurde die linke Pupille weit und starr. Die rechte war eng und reagirte. Bei genauer Untersuchung fand man, dass links direkte und consensuelle Reaktion fehlten, rechts beide vorhanden waren, dass Cocain und Eserin die linke Pupille nicht veränderten, dass wahrscheinlich auch die Accommodation links fehlte. Der rechte Augapfel konnte gar nicht bewegt werden, der linke nur mühsam und unvollständig. Der Bindehautreflex war erhalten, die Kr. fühlte aber Berührungen des Auges nicht.

Allmählich trat Besserung ein und mit der zunehmenden Sehfähigkeit nahm die Reaktion der Pupille zu, die Mydriasis ab. Im August bestand noch Pupillendifferenz.

Die Vff. besprechen ihre sehr sorgfältige Beobachtung und vergleichen sie mit den ähnlichen der Literatur. Ihre Schlusssätze sind: 1) Die hysterische Mydriasis ist selten, aber sie existirt. 2) Es giebt eine spasmodische und eine paralytische Form. 3) Beide können zusammen vorkommen. 4) Gewöhnlich besteht neben der Mydriasis hysterische Amaurose und beide heilen meist zugleich. 5) Jedoch ist die Amaurose nicht Ursache der Mydriasis. 6) Jene braucht vielmehr nicht mit Pupillenstörungen verbunden zu sein. 7) Die hysterische Mydriasis kann ganz der bei Kernerkrankung gleichen, doch beruht die Diagnose auf dem Verlaufe und dem Vorhandensein anderer Hysterie-Zeichen.

H. Frenkel (Sur la réaction dite paradoxale de la pupille. Revue de Méd. XVI. 6. p. 502. 1896) hat die früher besprochene Arbeit (Jahrbb. CCLII. p. 25) erweitert. Er bespricht alle Beobachtungen von sogen. paradoxer Reaktion und weist nach, dass es sich entweder um reflektorische Pupillenstarre und um Nachlassen der Accommodation handelt, die durch Divergenz der Augen bei Abducens-Parese begünstigt werden kann, oder um die auf primäre Verengerung folgende Erweiterung, die auch an normalen Augen bei intensiver und andauernder Beleuchtung beobachtet werden kann.

E. Siemerling (Ueber die Veränderungen der Pupillenreaktion bei Geisteskranken. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44. 1896) fasst Das zusammen, was man über sein Thema weiss. Neu scheint die 3. Tabelle zu sein. Sie berichtet über das Vorkommen „reflektorischer Pupillenstarre" (1639mal) bei 9160 Geisteskranken der Charité. Auf Paralyse, bez. Tabes kommen 1553 Fälle. Auf Dementia senilis 19. [Der *Ref.* macht dazu ein ?. Bei den Untersuchungen aus der Charité weiss man nicht recht, ob unter reflektorischer Pupillenstarre nur das Fehlen des Lichtreflexes oder, wie es sich gehört, das Robertson'sche Zeichen, d. h. die Lichtstarre bei guter Convergenzverengerung, verstanden wird.] Weiterhin kommen Syphilis des Nervensystems mit 17 Fällen, die wohl zur Tabes-Paralyse gerechnet werden können, und „Herderkrankungen" mit 19 Fällen ohne Angabe der Beziehung zur Syphilis, bez. Paralyse. Auf Alkoholismus fallen 15 Fälle [solche Angaben können leicht verwirren; Uhthoff hat etwa unter 100 Säufern 1 mit reflektorischer Pupillenstarre gefunden: da ist es doch 100mal wahrscheinlicher, dass sie auch hier ein Tabeszeichen, als dass sie je ein Alkoholismus-Zeichen sei]. Die übrigen Zahlen sind so klein (bei Kopfverletzungen 1, bei Epilepsie und Hysterie je 4, bei Paranoia 7), dass sie nicht in Betracht kommen, bez. dass sie die Annahme nicht stören, die reflektorische Pupillenstarre sei bis auf verschwindende Ausnahmen ein Zeichen der Tabes-Paralyse. In praxi kann man sagen: die reflektorische Pupillenstarre sei für Tabes-Paralyse patho-

gnostisch. S. drückt sich vorsichtiger aus. Er sagt, „dass die reflektorische Pupillenstarre ein eminent wichtiges Symptom ist, und wenn es auch nicht immer zu den schwersten Befürchtungen (Paralyse, Tabes) berechtigt, doch als Ausdruck einer Störung des Nervensystems volle Beachtung verdient". Immerhin betont S. mit Recht, dass die reflektorische Pupillenstarre um mehr als 10 Jahre den übrigen Tabeszeichen vorausgehen kann, daher aus ihrer Isolirung niemals auf Nichtexistenz der Tabes geschlossen werden kann. Weiterhin bespricht S. die sogen. springende Pupille (bei Starre), die Pupillenweite bei Epileptischen, die Erweiterung durch Schmerz und Anderes.

Den Schluss macht eine anatomische Erörterung, in der S. mit Recht auseinandersetzt, dass wir über die der reflektorischen Starre entsprechende Läsion nichts wissen.

[H. Friedenwald (On movements of the eyelids associated with movements of the jaws and with lateral movements of the eyeballs. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 64. p. 134. July 1896) erwähnt eine grössere Anzahl von Kranken aus der Literatur und aus seiner eigenen Praxis, bei denen während des Kauens, des Verschiebens des Unterkiefers nach einer der beiden Seiten, oder auch bei Bewegung des Auges, meist in seitlicher Richtung eine auffallende Mitbewegung des oberen Lides eintrat. Er macht besonders darauf aufmerksam, dass bei einer seiner Kranken die Mitbewegung des Lides jener Seite eintrat, nach der der Unterkiefer bewegt wurde, während bei den von anderen Autoren angeführten Kranken immer das Gegentheil wahrgenommen worden war. Bei den meisten Kranken war der Zustand angeboren. Jene Kranken, bei denen eine Augenbewegung eine auffallende Lidbewegung hervorrief, litten meist an Lähmung eines oder mehrerer Augenmuskeln.

Lamhofer (Leipzig).]

H. Schmidgall (Beitrag zur Casuistik der congenitalen Lid-Anomalien. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 43. 46. 1896) giebt eine Uebersicht über die verschiedenen Formen des Epicanthus und über die Möglichkeiten seiner Entstehung. Weiter beschreibt er ein 11jähr. schwachsinniges Mädchen mit Ptosis und Epicanthus beiderseits.

Der Vater des Kindes hatte den gleichen Bildungsfehler. In seiner Verwandtschaft sollte kein weiterer Fall vorgekommen sein. Eine Schwester der Pat. war normal gebildet, eine andere, früh verstorbene sollte auch den Augenfehler gehabt haben.

Das Kind wurde in Königshöfer's Anstalt mit gutem Erfolge operirt.

Vf. weist darauf hin, dass Epikanthus bei den Mongolen vorkommt, und spricht die anmuthige Idee aus, die Familien mit Epikanthus könnten mit Hunnenblut geimpft sein, da doch bei den Einfällen der Hunnen manche geschlechtliche Vermischung vorgekommen sei.

Möbius.

72. **Ueber Neuritis puerperalis.** (Vgl. Jahrbb. CCXLIX. p. 246; CCLI. p. 235.)

H. Higier (Eine Combination von Poliencephalomyelitis und puerperaler Neuritis. Wien. med. Presse XXXVII. 34—37. 1896) beschreibt ein recht ungewöhnliches Krankheitbild.

Eine 26jähr. Frau hatte 7 Tage nach einer mit geringem Fieber verbundenen Fehlgeburt heftige reissende Schmerzen in beiden Beinen bekommen. Es ergab sich aber, dass sie schon vorher krank gewesen war. Die Kr. hatte vor 15 Jahren einen schweren Typhus durchgemacht, nach dem eine andauernde „Schwäche der Augenlider" zurückgeblieben war. In den letzten Jahren hatte sich der Gesichtsausdruck verändert, war die Sprache schwierig geworden.

H. fand: Vollständige Ophthalmoplegia exterior, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Lähmung der mimischen Muskeln, Parese der Kaumuskeln, Schwerbeweglichkeit und Unempfindlichkeit des Schlundes und Rachens, Lähmung mehrerer Kehlkopfmuskeln, Parese der Nackenmuskeln, Schwäche der Arme, starke Parese des Daumens und des Zeigefingers links. Deutlicher Muskelschwund war nicht vorhanden. Die Sehnenreflexe an den Armen waren erhalten. Die faradische Erregbarkeit war annähernd normal.

Auch die Rumpfmuskeln waren paretisch. An den Beinen bestanden Parästhesien, stellenweise Analgesie, stellenweise Hyperalgesie; das Kniephänomen fehlte, der Fussrücken war ödematös. Eigentliche Lähmung bestand nicht, doch waren alle Muskeln schwach und die Füsse befanden sich in der Stellung des Pes equino-varus. Keine Atrophie. Bei Untersuchung mit dem faradischen Strome war nur das Wogen der Muskeln auffallend.

H. nimmt an, dass die Kranke an 2 Krankheiten gelitten habe: an chronischer absteigender Entartung der Hirnnervenkerne und Vorderhornzellen einerseits, an akuter Neuritis der Beinnerven andererseits.

Eine Beobachtung zweifelhafter Art theilt W. H. Wells mit (A case of general puerperal neuritis, apparently of non-septic origin. Philad. Policlin. V. 37. 1896).

Eine 28jähr. Frau aus nervöser Familie, die im Jahre 1892 während einer Schwangerschaft eine rechtseitige Hemiplegie gehabt hatte, in der letzten Schwangerschaft wohl gewesen war except for a moderate attack of toxemia, erkrankte 8 Tage nach ihrer 8., normal verlaufenen Entbindung mit unregelmässigem Fieber und Schmerzen im rechten Beine. Das Bein schwoll dann an, erst bis zum Knie, dann bis zum Fusse, war sehr empfindlich. Schmerzen im Halse, im Rücken, in den Intercostalräumen, im rechten Daumen, folgten. Der Daumen schwoll an. Später wurde das linke Bein ebenso wie das rechte ergriffen. Dabei war der Uterus normal und die Involution verlief ohne Störung. Langsame Besserung. Nach 7 Wochen im Wesentlichen Heilung.

H. Lamy (Paralysie post-puerpérale par névrite périphérique. Revue neurol. IV. 16. p. 481. 1896) beschreibt eine Paraplegie, die sofort nach der Geburt aufgetreten war. Er sieht ihre nächste Ursache in der Compression des Ischiadicus während der Extraktion des Kindes, glaubt aber, eine sekundäre Schädigung der Nerven durch Infektion annehmen zu müssen.

Die 37jähr. Kr. war nach einer normalen Schwangerschaft mit der Zange entbunden worden. Die schwierige Geburt bei engem Becken war sehr schmerzhaft gewesen, besonders waren im Momente der Extraktion ausserordentlich heftige Schmerzen im linken Unterschenkel eingetreten. Sofort nach der Geburt waren beide Beine vollständig gelähmt gewesen. Lebhafte Schmerzen in

beiden Unterschenkeln hatten angedauert. Fieber und Albuminurie waren während mehrerer Tage beobachtet worden. Nach 3½ Mon. fand L. Paraparese, vollständige Peronäuslähmung mit Atrophie, Unerregbarkeit gegen den faradischen Strom und grosser Druckempfindlichkeit, mässiger Anästhesie und Hyperästhesie. Langsame Besserung. Zuletzt schwand die linkseitige Peronäuslähmung.

Möbius.

73. **Ueber Rückenmarkserkrankung bei Keuchhusten**; von Prof. M. Bernhardt. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50. 1896.)

Bei einem 5jähr. Mädchen trat am 10. Tage des Keuchhustens, unmittelbar nach einem Anfalle plötzlich starre Streckstellung der Beine ein. Gehen und Stehen war sofort unmöglich. Dabei bestand kein Fieber und alle Gehirnerscheinungen fehlten. 4 Wochen später sah B. das Kind zum 1. Male. Es bestanden spastische Lähmung der Beine mit Steigerung der Sehnenreflexe, geringe Anästhesie, Erschwerung der Harnentleerung. Der Zustand wurde langsam besser. Jedoch 1 Jahr nach der Erkrankung trat nach Mumps neuerliche Verschlimmerung ein. 3 Jahre nach der Erkrankung konnte das Kind laufen und springen, die Sehnenreflexe waren noch gesteigert, der Harn wurde oft und zeitweilig mit Schmerzen entleert, die Füsse knickten leicht nach innen um und das rechte Bein wurde zuweilen etwas nachgeschleppt.

B. setzt auseinander, dass es sich entweder um eine Meningealapoplexie oder um eine leichte akute Myelitis handelt. Er ist geneigt, die letztere anzunehmen.

[B. hat die Beobachtung von E. Mackey (aufsteigende Lähmung nach Keuchhusten) übersehen. Vgl. Neurolog. Beiträge IV. p. 19. *Ref.*]

Möbius.

74. **Die operative Behandlung der partiellen Epilepsie**; von B. Sachs und A. G. Gerster. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 35. 1896.)

S. und G. berichten über ihre Erfahrungen bei 19 Operationen; und theilen die Krankengeschichten in tabellarischer Uebersicht mit. 3 Kr. sind höchst wahrscheinlich als geheilt zu betrachten, 2 wurden bedeutend, 3 etwas gebessert, während 11 in keiner Weise durch die Operation günstig beeinflusst wurden. 3 Kr. starben, und zwar einer direkt in Folge der Operation an einer unstillbaren Blutung, einer, der an einer enormen Cystenbildung gelitten hatte, erst 6 Wochen nach der Operation, und endlich ein dritter, der 2 Wochen nach der Operation beim Verbandwechsel eine Meningitis bekam. S. und G. besprechen die in Betracht kommenden Operationen und schliessen mit folgenden Sätzen: 1) Zur Operation eignen sich diejenigen Fälle von partieller Epilepsie, in denen höchstens 1—3 Jahre seit dem traumatischen Insult, bez. der Entstehung der Krankheit verstrichen sind. 2) Bei Depression des Schädels oder bei sonstiger Schädelverletzung ist der chirurgische Eingriff auch nach Jahren noch gestattet. Die Aussicht auf Heilung ist jedoch weniger günstig, je mehr Jahre seit der ursprünglichen Verletzung vergangen sind. 3) Einfache Trepanation mag in manchen Fällen genügen und dies ist besonders dann der Fall, wenn es sich um Schädelverletzung oder um Cystenbildung gehandelt hat. 4) Excision des kortikalen Herdes ist anzurathen, wenn die Epilepsie erst kurze Zeit besteht und auf einen genau zu bezeichnenden Hirntheil hinweist. 5) Da solche kortikale Herde oft nur mikroskopisch nachweisbar sind, so soll die Excision auch dann vorgenommen werden, wenn der fragliche Theil makroskopisch als normal erscheint. Nur soll man die grösste Vorsicht anwenden, damit auch der richtige Hirntheil excidirt werde. 6) Ein chirurgischer Eingriff bei Epilepsie in Verbindung mit cerebraler Kinderlähmung ist gestattet, namentlich dann, wenn der Kr. nicht gar zu spät nach Eintritt der Lähmung in Behandlung kommt. 7) In veralteten Fällen von partieller Epilepsie, in denen höchst wahrscheinlich eine weit verbreitete Degeneration der Associationfasern besteht, ist jeder chirurgische Eingriff vollständig werthlos.

A. Boettiger (Hamburg).

75. **Ueber die transitorischen Bewusstseinsstörungen der Epileptiker in forensischer Beziehung**; von Prof. E. Siemerling. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 42. 43. 1895.)

S. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: 1) Bei den epileptischen Psychosen bildet der traumhaft veränderte Bewusstseinszustand das Wesentliche, keinesfalls die totale oder partielle Amnesie. 2) Zwischen den einzelnen Formen der sogenannten akuten und der chronischen epileptischen Psychosen kommen die verschiedensten Uebergänge vor. Epileptische Zustände und Psychosen müssen als gleichwerthige Symptome eines Hirnleidens aufgefasst werden. 3) Die transitorischen Dämmerzustände sind ausgezeichnet durch das schnelle Nebeneinander von anscheinend geordneten, gleichgültigen, mehr unauffälligen Erscheinungen und von befremdlichen unerwarteten Handlungen, oft mit dem Charakter der Gewaltthätigkeit. 4) Ohne epileptische Antecedentien giebt es keine epileptische Psychose. Epileptoide Zustände sind häufiger, als angenommen wird, namentlich die Schwindelanfälle. 5) Beim Fehlen aller epileptischen Symptome gestatten alle übrigen Erscheinungen, wie Amnesie, die Gleichheit der Anfälle, das Eigenartige im Handeln, in den Sinnestäuschungen, mit grösster Wahrscheinlichkeit die Diagnose auf Epilepsie zu stellen.

A. Boettiger (Hamburg).

76. **Ueber die Entstehung der Porencephalie und der Hydranencephalie auf Grund entwickelungsgeschichtlicher Studien**; von Dr. Oscar Schäffer. (Virchow's Arch. CXLV. 3. p. 481. 1896.)

Sch. geht von der Ansicht aus, dass alle typischen Fälle von congenitaler Porencephalie Theile des Stirnlappens, der Centralwindungen und der Insel betreffen, dass aber die atypisch gelagerten Defekte doch alle Uebergangsformen zu

einander aufweisen; ferner dass es sich immer um eine *Bildungshemmung* handelt, und zwar in Folge einer von *aussen* her einwirkenden Ursache. Um Beweise für diese Ansicht zu beschaffen, untersuchte Sch. an vielen Fötusschädeln aus allen Monaten durch sehr sorgsam vorgenommene Messungen, Wägungen und Anfertigung von Ausgüssen der Schädelbasis das Wachsthum des fötalen Schädels und das Verhalten des Gehirns dabei. Es stellte sich unter anderen Thatsachen dabei namentlich das heraus, dass in dem Querwachsthum der Alae ossis sphenoidalis ein ausserordentlich wichtiges Moment für die ganze Entwickelung des Gehirns gegeben ist und dass Bildungshemmung der Keilbeinflügel „Schläfenenge", Offenbleiben der Insula Reilii, mangelhafte Entwickelung der Centralwindungen und Druckdysplasie von Theilen der Schläfen- und Hinterhauptlappen hervorruft. Sch. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: Schädel und Gehirn haben gesondertes Wachsthum; durch die ermittelten Wachsthumverhältnisse des Schädels erklärt sich leicht, warum Centralwindungen und Insel am ersten und häufigsten Bildungshemmungen ausgesetzt sind; es äussert sich hier der Einfluss der etwa auftretenden Schläfenenge = „Stenokrotaphie". Die von der Stenokrotaphie in Mitleidenschaft gezogenen Hirnregionen sind dieselben, die man von der „typischen congenitalen Porencephalie", also weitaus am häufigsten, befallen sieht. Es sind demnach die einfachsten Fälle von Porencephalie von Bildungshemmungen durch Stenokrotaphie nicht zu unterscheiden. Die Dysplasie der Schädelkapsel comprimirt mehr oder minder lange und intensiv und tief wirkend die Hirnsubstanz. Die Stärke dieses Druckes und der (ganz ungeheuer) anwachsende Effekt desselben dokumentirt sich in Hemmungsbildungen vom Offenbleiben der Fossa Sylvii an bis zum Entstehen von Mikrogyrie und Drucknekrosen an Lappenconvexitäten. Einer einseitigen Keilbeinaplasie entspricht auch eine nur einseitige Druckwirkung. Für eine Druckwirkung spricht auch die scharfe Begrenzung der Mikrogyrie-Regionen.

A. Boettiger (Hamburg).

77. Hämatomyelie, combinirt mit traumatischer Spondylitis; von Dr. A. Henle. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 400. 1896.)

H. beschäftigt sich mit jener zuerst von Kümmell beschriebenen Form der Spondylitis, die sich in Folge von Traumen der Wirbelsäule, aber erst nach längerer Zeit, wenn bereits die direkten Folgen des Trauma geschwunden sind und die Kranken sich schon wieder zwischendurch ganz wohl befunden haben, entwickelt und auf einer eigenthümlichen, nicht tuberkulösen Erweichung der Wirbelknochen beruht. Meist sind leichtere Unfälle, zuweilen aber auch schwerere, vorhergegangen. H. hatte bereits früher einige Beobachtungen mitgetheilt und die Vermuthung ausgesprochen, dass der Entstehung dieser Art von Spondylitis nervöse Störungen, vielleicht gleichzeitige Schädigungen des nervösen Inhaltes der Wirbelsäule zu Grunde liegen könnten. Allerdings können auch leichtere Wirbelbrüche, Längsfissuren u. dergl., die vielleicht der Beobachtung entgangen waren (und es können selbst schwere Brüche unentdeckt bleiben, wofür H. ein eklatantes Beispiel bringt, um wie viel leichter geringere), ursächlich wichtig sein. H. findet es aber doch eigenthümlich, dass in allen bisher beschriebenen Fällen sich gleichzeitig deutliche nervöse Störungen fanden, und stellt die Hypothese auf, dass zu erwägen wäre, ob nicht vasomotorische Störungen ein Missverhältniss im An- und Abbau der Knochensubstanz zu Gunsten des letzteren herbeiführten. Zunächst bringt er einen neuen Fall traumatischer Spondylitis, in dem sich ausgesprochene nervöse Störungen nachweisen liessen.

Der 46jähr. Pat. war im August 1895 3 m hoch herabgestürzt und mit dem Rücken auf eine Eisenschiene aufgeschlagen; 8 Tage später entwickelten sich in den Beinen, sowie an Blase und Mastdarm motorische und sensible Ausfallserscheinungen. Im Februar 1896 fand man ausser spastischer Parese der Beine und Anästhesie bis hinauf zu einer Linie am Unterleib Druckempfindlichkeit der Kreuzbeingegend, aber normale Form der Wirbelsäule. Im März wurde bereits die normale Lordose der Lendenwirbelsäule vermisst und die nervösen Störungen näherten sich dem Befunde bei der Halbseitenläsion. Bis Ende April hatte sich endlich eine leichte Kyphose im Gebiete des 6. bis 8. Brustwirbels und eine deutliche Kyphose der Lendenwirbelsäule herausgebildet, trotz inzwischen erfolgter Anlegung eines Filzcorsetts.

H. nimmt als Ursache der nervösen Störungen eine Blutung in die eine Rückenmarkshälfte an. Wenn nun auch das gleichzeitige Auftreten einer Erweichung der Wirbelsubstanz noch nicht die Abhängigkeit der einen von der anderen Erkrankung beweise, so sei doch ihre Möglichkeit, namentlich im Hinblicke auf einen früher mitgetheilten Leichenbefund, nicht von der Hand zu weisen. A. Boettiger (Hamburg).

78. Contribution à l'étude des troubles trophiques et vaso-moteurs dans la syringomyélie; par J. Dejerine et Ch. Mirallié. (Arch. de Physiol. XVII. 4. p. 785. 1895.)

Die 57jähr. Pat. war seit ihrem 19. Jahre menstruirt, aber immer unregelmässig; im 22. Jahre bemerkte sie zuerst Schwächerwerden und Ungeschicklichkeit der linken Hand, sowie Deviation der Wirbelsäule, seit dem 25. Lebensjahre gesellten sich hierzu noch eine Verkrümmung des linken kleinen Fingers und Schmerzen in der linken Schulter. Mit 32 Jahren heirathete die Kr., 3 Kinder starben klein. Seit ihrem 37. bis 38. Jahre bemerkte sie eine allmählich zunehmende Abmagerung des linken Arms.

Die Untersuchung ergab rechts an Arm und Hand eine nur geringe, links dagegen eine sehr starke Atrophie mit Klauenhand, glattglänzender Haut u. s. w. Dazu fand sich eine Arthropathie der rechten Schulter mit Beweglichkeitbeschränkung im Gelenk, sonst waren die Motilität des Armes und die elektrische Reaktion der Muskeln entsprechend der Atrophie herabgesetzt. Es bestanden typische Sensibilitätstörungen ausser an den Armen auch im Gesicht, ferner Kyphoskoliose und an den Beinen Steigerung der Kniereflexe. Dazu wurde im Gesicht noch eine Reihe interessanter Symptome ge-

funden, nämlich geringere Entwickelung der ganzen linken Gesichtshälfte, Verkleinerung der linken Lidspalte, Eingesunkensein und dadurch scheinbare Verkleinerung des Augapfels, Nystagmus in den seitlichen Endstellungen und beiderseits eben beginnende Kataraktbildung. Die linke Pupille war verengt und reagirte prompt, die rechte war von mittlerer Weite und zeigte das Argyll-Robertson'sche Symptom. Ferner fand man gehemmtes Knochenwachsthum und schlechte Zahnbildung auf der linken Gesichtseite, eine linkseitige Stimmbandlähmung, links verminderte Geruchs- und Geschmacksempfindung, links stärkere Thränensekretion und rechts stärkere Schweissbildung, endlich objektiv und subjektiv deutliche Kälteempfindung in der linken Gesichtshälfte.

D. und M. führen die oculopupillären Symptome und das Tieferliegen des linken Augapfels auf eine Erkrankung des Halssympathicus zurück, die ihren Ausgang in dem Gebiete des Rückenmarkursprungs der sympathischen Fasern des 1. Dorsalnerven habe. Auch die Temperaturherabsetzung auf der atrophischen Gesichtshälfte sei auf den Sympathicus und seine vasomotorischen Funktionen zu beziehen. Bezüglich der Hemiatrophia faciei erörtern D. und M. die sich widersprechenden Ansichten der Autoren, ob eine Erkrankung des Trigeminus oder des Sympathicus dafür verantwortlich zu machen sei, und kommen schliesslich bezüglich ihres Falles zu dem Schlusse, dass auch hierfür die Rückenmarkursprünge des Halssympathicus und ihre Erkrankung die Ursache abgeben.

A. Boettiger (Hamburg).

79. **Note sur un cas de syringomyélie, type Morvan, chez l'enfant**; par le Dr. Thomas. (Revue méd. de la Suisse rom. XV. 11. p. 596. 1895.)

Ein 6jähr. Knabe aus gesunder Familie, der bei der Geburt asphyktisch gewesen war und erst mit 5 Jahren laufen gelernt hatte, erlitt schon seit seinem 4. Jahre mehrfach Verbrennungen, ohne sonderliche Schmerzen zu empfinden. Ausserdem traten wiederholt Panaritien auf. Die Untersuchung ergab eine geringe Skoliose, complete Analgesie und Thermanästhesie bei intakter taktiler Tastempfindlichkeit, sehr starke trophische Störungen an Händen und Füssen, Fehlen der Patellarreflexe, Romberg's Zeichen und Incontinentia alvi. Th. lokalisirt die zu Grunde liegende Erkrankung in die Rückenmarkhinterhörner, Hinterstränge und in das centrale Rückenmarkgrau. Sklerodermie, Lepra [warum nicht? Ref.], Raynaud'sche Krankheit und periphorische Neuritis liegen nach Ansicht Th.'s nicht vor; es handele sich um die in der Ueberschrift angegebene Krankheit. Als mögliches ursächliches Moment wird die schwere Geburt, bez. eine vielleicht durch sie entstandene Hämatomyelie in Betracht gezogen.

A. Boettiger (Hamburg).

80. **Ueber einen Fall von Syringomyelie mit Sektionsbefund**; von Dr. Paul Korb. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 359. 1896.)

Ein 44jähr. Dienstknecht wurde wegen allgemeiner Mattigkeit aufgenommen, als deren Ursache sich eine beträchtliche Albuminurie nachweisen liess; er bot ausserdem noch Störungen dar, die auf ein centrales Nervenleiden schliessen liessen. In der Hauptsache wurden Störungen der Sensibilität beobachtet. Die Tastempfindung war herabgesetzt am ganzen rechten Vorderarme und der rechten Hand, ebenso am linken Vorderarme mit Ausnahme der Hand. Analgesie fand sich am rechten Oberarme, am rechten Vorderarme und Handrücken, ebenso, nur nicht so vollständig, am linken Arme. Besonders auffällig war die dabei hervortretende Verspätung der Schmerzempfindung. An den Beinen war die Schmerzempfindung normal. Vollständige Kälteanästhesie bestand an der Streckseite des rechten Vorderarmes, am rechten Handrücken, auf der Streckseite des linken Vorderarmes. An eben diesen Stellen bestand auch vollkommene Wärmeanästhesie. Der Drucksinn war nicht nachweisbar gestört, eben so wenig der Muskelsinn.

An Armen und Fingern fand man zahlreiche alte Narben, die Finger der rechten Hand waren in Beugecontraktur, die Endphalangen der beiden letzten Finger fehlten. Die Interossei und Adductores pollicis waren beiderseits atrophisch; auch an der linken Hand waren die Spitzen der beiden letzten Finger narbig und atrophirt.

Der Kr. ging bald an seiner Nephritis zu Grunde. Die Autopsie ergab zunächst starke Amyloiddegeneration der Nieren. Die mikroskopische Untersuchung der atrophischen Muskeln ergab nichts Abnormes. Aeusserlich erschien das Rückenmark als normal. Auf Querschnitten ergab sich, dass eine Höhlenbildung vorlag, die im Beginne der Halsanschwellung die mittlere graue Substanz einnahm und spaltförmig in das linke Hinterhorn sich fortsetzte. In der Mitte der Halsanschwellung reichte der Spalt gerade in das rechte Hinterhorn und setzte sich am Ende der Halsanschwellung bis in das rechte Vorderhorn fort. Bis zum 7. Brustnerven verlief die Höhle wieder central, noch weiter nach unten dehnte sie sich erst nach rechts und dann nach links spaltförmig aus und endigte endlich im Lumbalmark als central gelegene Höhle. Mikroskopisch fand sich neben abnormer Gestaltung des Centralkanals das Vorhandensein eines derben gliösen Gewebes an Stelle der grauen Substanz. Daneben bestand reichliche Vermehrung der centralen Ependymzellen. Charakteristisch war, dass die Gliose nicht etwa, wie bei wirklicher Gliombildung, tumorartig gewuchert war und so das Nervengewebe verdrängt und ersetzt hatte, sondern dass man viel eher von gliöser Degeneration sprechen konnte.

Im Halsmarke war die Höhlenbildung am ausgesprochensten. Die Höhlenbildung selbst erklärt man sich wohl am besten durch Ernährungstörungen im neugebildeten Gewebe, die schliesslich zur Rarefikation führen; zur weiteren Vergrösserung der Höhlen tragen dann möglicher Weise Blutungen bei, die häufig beobachtet werden.

E. Hüfler (Chemnitz).

81. **Ein Beitrag zur Kenntniss der im Verlaufe der perniciösen Anämie beobachteten Spinalerkrankungen**; von Dr. W. Teichmüller. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 385. 1896.)

Im Gegensatze zu der Annahme, wie sie unter Anderen von Nonne vertreten wird, dass bei progressiver Anämie nur die intramedulläre weisse Substanz geschädigt werde, kommt T. zu dem Ergebnisse, dass Veränderungen der grauen Substanz bei perniciöser Anämie sehr wohl vorkommen und sogar den auffallendsten Befund ausmachen können; dass sowohl die fleck- und herdförmige, als auch die Strangdegeneration von Blutungen abhängig ist, deren Zustandekommen freilich noch nicht völlig aufgeklärt ist.

E. Hüfler (Chemnitz).

82. **Ueber centrale Tuberkulose des Rückenmarks**; von Dr. Herm. Schlesinger. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 398. 1896.)

Ein 42jähr. Phthisiker erkrankte ziemlich plötzlich mit Schwindel, Schluck- und Schlingbeschwerden, sowie rechtsseitiger Gesichtsneuralgie. Die Schluck- und Schlingbeschwerden gingen zurück, dagegen traten Neuralgien und Parästhesien in den Armen auf.

Die Untersuchung ergab neben alter Pleuritis und Spitzeninfiltration Parese und Atrophie der Arme und Hände, ebenso der Rumpfmuskulatur und der Bauchpresse. An den Beinen war nur eine gewisse Schwäche nachweisbar. Die Reflexe waren erhöht. Schmerzsinn und Tastgefühl waren mit Ausnahme der ulnaren Seite der rechten Hand intakt. Dagegen war der Temperatursinn stark gestört. In der Mitte des Halses bestand eine ringförmige thermohyperästhetische Zone; der übrige Körper, mit Ausnahme des rechten Beins, zeigte zum Theil ausserordentliche Herabsetzung des Temperatursinns. Ebenso war an den Armen der Muskelsinn stark gestört. Daneben bestand starke Ataxie der Arme und Romberg's Zeichen. Die Hautgefässe waren abnorm erregbar und besonders am rechten Arme und an der rechten Gesichtshälfte bestand deutliche Hyperidrosis. Die Schwäche nahm zu, Retentio urinae stellte sich ein und, nachdem ziemlich plötzlich eine Lähmung der Arme und Beine eingetreten war, erfolgte der Tod.

Bei der *Autopsie* fand man die Tuberkulose der Lungen und als Ursache der Lähmungen im Rückenmark einen Solitärtuberkel, der an der Stelle seiner grössten Entwickelung, in der Gegend des 3. Cervikalnerven, fast den ganzen Querschnitt einnahm, der hinteren Peripherie sich unmittelbar anschloss und nach vorn und den Seiten hin von einer dünnen Schicht weisser Substanz noch begrenzt war. Nach oben zu reichte er etwa bis zur Pyramidenkreuzung. In dieser Gegend fand sich noch gerade um den Centralkanal herum eine sehr starke Kernvermehrung. Unter dem Tumor bestand eine ausgesprochene Degeneration der Vorderstränge, sowie der seitlichen Grenzschicht.

Schl. bespricht die pathologische Anatomie der Rückenmarkstuberkulose und ihre klinischen Hauptformen. Danach beginnt die Krankheit in einer Gruppe von Fällen mit Symptomen einfacher Spinalhemiplegie oder Querschnittserkrankung; in einer anderen Gruppe jedoch, zu der auch der vorliegende Fall gehört, mit sensiblen Reizerscheinungen und darauf folgenden Lähmungen mit Atrophien. E. Hüfler (Chemnitz).

83. Zur Pathologie der syphilitischen Früherkrankungen des Centralnervensystems; von Dr. Martin Brasch. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 418. 1896.)

Ein 43jähr. Mann bekam 6 Wochen nach luetischer Infektion, die mit Schmierkur behandelt wurde, eine rechtsseitige Gesichtslähmung von peripherischem Charakter und Kopfschmerzen. Nach weiteren 12 Wochen traten Schwindelanfälle auf; vorübergehend fand sich Zucker im Urin; das Kniephänomen fehlte. 4 Monate nach der Infektion zeigte sich Schwerhörigkeit, die auf Labyrintherkrankung bezogen werden musste. Nach einer 5 Wochen dauernden Schmierkur mit Darreichung von 125 g Jodkalium trat bis auf die Facialislähmung Heilung ein. 2 Monate später Kopfschmerz, Schwindel, Gehörstörung und trotz specifischer Behandlung erlitt der Kr. nach weiteren 2 Monaten eine linkseitige Hemiplegie, der er erlag.

Die Arterien der Hirnbasis waren sehr verändert, spindelförmig aufgetrieben, aneurysmatisch erweitert, Perlschnüren gleich. Die Vertebrales waren am meisten verändert, zum Theil obliterirt. Auch die Profundae und die Arterien der Fossa Sylvii waren stark betroffen.

Mikroskopisch ergab sich eine Degeneration der rechtseitigen Pyramidenvorderstrangbahn und der linkseitigen Pyramidenseitenstrangbahn. Diese Degeneration endete in einem Erweichungsherde, der etwa vom Trigeminusaustritte bis zur Trochleariskreuzung sich erstreckte, median von der Rhaphe begrenzt wurde, dorsal bis zur medialen Schleife, lateral bis zu den äussersten in der Brückenfaserung gelegenen Pyramidenbündeln reichte. Die Kerne des 7. und 8. Nerven waren intakt; jedoch waren beide Hörnerven und der rechte Facialis stark erkrankt, die Acustici einfach erweicht, der Facialis grau degenerirt.

Der Fall bietet in mehrfacher Hinsicht grosses Interesse. Zunächst giebt er Aufschluss über die Zeit zwischen Infektion und nervöser Erkrankung, die ausnahmelos von Neurologen viel kürzer bemessen wird als von Syphilidologen. Sicher kann die luetische Endarteriitis schon wenige Monate nach der Infektion auftreten.

Auch ist es nicht angängig, pathologisch-anatomisch zwischen sekundärer und tertiärer Syphilis des Nervensystems zu unterscheiden, eine Thatsache, die therapeutisch sehr wichtig ist, da sie den Werth der gemischten Behandlung erweist. E. Hüfler (Chemnitz).

84. Zur Kenntniss der halbseitigen, durch Tumoren an der Schädelbasis verursachten Hirnnervenlähmungen; von Dr. R. Seeligmann in Karlsruhe. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 438. 1896.)

Zunächst bringt S. 2 Krankengeschichten, die beide halbseitige, durch Tumoren bedingte multiple Hirnnervenlähmungen betreffen.

Im 1. Falle traten bei einem 41jähr. Manne nach der Operation eines kleinen Lippencarcinoms neuralgische Beschwerden im gleichseitigen Trigeminus auf, darauf einseitige Kaubeschwerden, darauf Lähmung derselben Gesichtshälfte, Störungen des Gehörs und Geschmacks. Die Gesichtsmuskeln zeigten Entartungsreaktion, die linke Zungenhälfte war atrophisch und paretisch; darauf stellte sich Hypopyonkeratitis ein, auch etliche Male heftiges Nasenbluten links, endlich 3 Tage vor dem Tode eine rechtseitige Hemiplegie. Es musste eine carcinomatöse Neubildung in der mittleren Schädelgrube angenommen werden.

Im 2. Falle traten nach einer heftigen Erkältung linkseitiges Ohrensausen und Kopfschmerz auf, dann Doppeltsehen, Parästhesien im Gesicht, Keratitis, Kaubeschwerden. Die Sehschärfe war stark herabgesetzt, es bestanden Lähmung des linken Abducens und Ptosis. Der Trigeminus war in allen seinen Aesten paretisch; auch die motorische Portion gelähmt. Ebenso bestand Facialislähmung, das Gehör war stark herabgesetzt, die Zunge wich nach links ab, war in ihrer linken Seite atrophisch. Ausserdem war noch eine gewisse Gleichgewichtsstörung nachweisbar. Zudem zeitweise epileptische Anfälle, zeitweise auch heftiges Erbrechen, was wohl als Vagus- oder Sympathicusreizung aufzufassen war. Auch hier musste an einen Tumor der mittleren Schädelgrube gedacht werden.

S. referirt darauf kurz über 11 weitere Fälle der Literatur mit Sektionsbefund und 4 ohne Sektionsbefund, woran er eine tabellarische Zusammenstellung anschliesst. Danach nehmen die meisten Neubildungen von der mittleren Schädelgrube ihren Ausgang, greifen dann öfter auf die tiefere Schädelgrube über, während die hintere Schädelgrube allein selten Sitz der Erkrankung wird. In den 17 vorliegenden Fällen blieb die Erkrankung 6mal auf die mittlere Schädelgrube beschränkt, griff 7mal noch auf die hintere über, gehörte 2mal nur der hinteren an, während 2 Fälle unentschieden bleiben müssen. In den Fällen der 1. Gruppe bestan-

den Erscheinungen von Seiten des Opticus, Oculomotorius, Trochlearis, Trigeminus und Abducens, und zwar sind meist alle Nerven betroffen. Complicirter sind die Fälle der 2. Gruppe; hier sind selten alle in Frage kommenden Nerven in Mitleidenschaft gezogen. Häufig bleiben die vordersten, Opticus, Oculomotorius und Trochlearis, verschont; merkwürdiger Weise waren aber Vagus und Accessorius immer ausgenommen. Vielleicht liegt dies daran, dass der Glossopharyngeus im Foramen jugulare durch eine durale Scheidewand von dem Vagus und Accessorius getrennt wird, die so geschützter liegen.

Kopfschmerz ist eine der häufigsten Begleiterscheinungen. In den 17 Fällen fand er sich 14mal. Er ist wohl neuralgischer Natur, da Erbrechen nicht so häufig ist, als dass man ihn auf den Hirndruck beziehen könnte. Nach Bastian ist das Fehlen von Erbrechen für die Basistumoren gegenüber den Hirntumoren charakteristisch. Auch Stauungspapille fehlt. Steigerung des Hirndrucks wird eben durch diese extraduralen Tumoren nicht verursacht. Eben so wenig kommt es zu Hemiplegie, höchstens in den letzten Stadien der Krankheit. Weitaus am häufigsten sind Trigeminus und Abducens gelähmt.

Diagnostisch sehr wichtig ist aber vor Allem die gar nicht so selten vorkommende Vorbuchtung des Tumor gegen den Rachen; zu beachten ist das Nasenbluten. Wichtig ist auch die manchmal auftretende Protrusion des Bulbus, der Nachweis einer primären Geschwulst. E. Hüfler (Chemnitz).

85. **Myopathie progressive améliorée par la médication thyroïdienne**; par le Prof. Lepine. (Lyon méd. LXXXII. p. 35. Mai 1896.)

Bei einem an juveniler progressiver Muskelatrophie leidenden Pat., der sich nicht mehr allein aufrichten und nicht lange gerade stehen konnte, ohne hinzufallen, soll nach Angabe L.'s nach Darreichung von Schilddrüsensubstanz in ziemlich starken Dosen (schliesslich 120 g in der Woche) eine bedeutende Besserung in der Gebrauchsfähigkeit der erkrankten Muskeln eingetreten sein, so dass der Pat. wieder im Stande war, seiner Arbeit nachzugehen. Er konnte sich wieder aufrichten und ging ohne Unterstützung. Eine objektive Zunahme der atrophischen Muskeln konnte nicht nachgewiesen werden. L. glaubt, dass die Schilddrüse einen Einfluss habe auf die Contraktionsenergie der Muskeln, die noch nicht allzu lange von der Atrophie ergriffen worden sind, und fordert zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auf. Die Möglichkeit der Suggestion giebt er wenigstens zu.
Windscheid (Leipzig).

86. **Notiz über die familiäre Form der Dystrophia muscularis progressiva und deren Combination mit periodisch auftretender paroxysmaler Lähmung**; von Prof. M. Bernhardt in Berlin. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 1 u. 2. p. 111. 1895.)

B. beobachtete bei 2 Kranken, Vater und Sohn, neben der schon des öfteren beschriebenen Dystrophie eigenthümliche Anfälle, wie sie neuerdings von Goldflam genau beschrieben worden sind. Plötzlich, meist in der Ruhe, tritt eine vollkommene Lähmung ein, die Hände können nicht erhoben, kein Finger kann gebeugt werden. Auch die Athemmuskeln sind betheiligt, das Gesicht wird blau, der Kranke droht zu ersticken.

Jedenfalls sind diese Mittheilungen geeignet, die Meinung zu erschüttern, dass es sich bei diesen paroxysmalen Lähmungen um eine blosse Neurose handelt, wie ja auch die Goldflam'schen Befunde von nachweisbaren Muskelveränderungen schon vermuthen lassen. Wahrscheinlich liegt eine Giftwirkung, ähnlich der des Curare, zu Grunde.
E. Hüfler (Chemnitz).

87. **Ein seltener Fall von Poliomyelitis anterior acuta mit Gehirnerscheinungen**; von Dr. E. Hansen. (Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 13. 1896.)

Ein 8jähr. Kind hatte schon im 1. Lebensjahre an Krämpfen gelitten und erkrankte ziemlich akut an allgemeinen tonischen Convulsionen, Erbrechen und Temperatursteigerung. Als H. das Kind am nächsten Tage sah, fand er eine Paraplegia an Armen und Beinen mit Verlust der Haut- und Sehnenreflexe ohne Entartungsreaktion. Die Sensibilität war etwas verlangsamt. Dabei bestand absolute motorische Aphasie, geringe Schluckstörung; in den nächsten Tagen trat eine Lähmung der Rückenmuskeln hinzu, Parese der Kaumuskeln, ausserdem eine deutliche Ataxie der Glieder, die aktiv wieder etwas bewegt werden konnten. Von Seiten der Augen Accommodationparese. Allmähliche Besserung, das Kind lernte wieder gehen, lief aber deutlich ataktisch. Nach ca. 5 Wochen völlige Wiederherstellung.
Windscheid (Leipzig).

88. **Report of two cases of tumor of the spinal cord, unaccompanied with severe pain**; by Pearce Bailey. (Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 3. p. 171. March 1896.)

1) Eine 65jähr., früher gesunde Frau erkrankte plötzlich mit Schwindel, Kopfschmerz, Erbrechen und Temperaturerhöhung; dabei Schmerzen am ganzen Körper. Keine Kniereflexe; Albuminurie. Tod nach 13 Tagen. Die *Sektion* ergab ausser einer Dilatation des linken Ventrikels und einer akuten Nephritis einen Tumor zwischen 6. und 7. Dorsalnerven, der sich mikroskopisch als ein Psammom erwies.

2) Eine 29jähr. Frau hatte vor einigen Jahren eine Laparotomie durchgemacht wegen eines nicht näher bekannten Gewächses im Unterleibe, an die sich wegen eines Recidivs eine zweite Laparotomie angeschlossen hatte. Einige Jahre darauf Excision eines Tumor an der 3. Rippe, ebenfalls unbekannter Natur. 6 Jahre vor dem Tode zuerst nervöse Erscheinungen: Schwäche und Vertaubung aller 4 Glieder, die aber wieder verschwanden. Nach 4 Jahren ein erneuter derartiger Anfall. Die Untersuchung ergab: Verengerung der linken Pupille und der linken Lidspalte, rechte Gesichtshälfte auffallend blass im Gegensatze zur linken. Lähmung der Extensoren mit Contraktur der Flexoren an allen 4 Gliedern, die gelähmten Muskeln ziemlich atrophisch. Starke Cystitis, im Urin Eiweiss. Niemals Schmerzen, nur immer Vertaubung und Prickeln an den Gliedern. Tod an urämischen Erscheinungen. Am Halsmarke ein Tumor, der rechts vom 2. bis 4. Cervikalnerven, links vom 1. bis 3. reichte. Mikroskopisch erwies er sich als eine Gummigeschwulst. Am Rückenmarke selbst, an der betroffenen Stelle Meningo-Myelitis, Degeneration der Pyramidenseitenstränge und der vorderen und mittleren Partien der Burdach'schen Stränge.

In beiden Fällen fehlten die heftigen Schmerzen, die bisher immer als für die Rückenmarkstumoren charakteristisch beschrieben worden sind [? Ref.].

Windscheid (Leipzig).

89. **Hysterical tetany or tetanoid hysteria**; by Grace Peckham Murray. (New York med. Record XLI. 12. p. 400. March 1896.)

Beschreibung von 3 Fällen sogenannter Tetanie, die weibliche Pat. betraf, in Anfällen einsetzte, in denen eine typische tetanische Contraktur der Hände und Füsse eintrat. Die Anfälle entstanden vorwiegend im Anschlusse an psychische Erregungen. Sonst fehlten aber alle anderen Tetaniezeichen: es bestand kein Trousseau'sches, kein Chvostek'sches, kein Erb'sches Phänomen, es fehlte vor allen Dingen die Erhöhung der elektrischen Erregbarkeit gänzlich.

Die Fälle dürften daher doch wohl der Hysterie zuzuzählen sein, bei der ja erfahrungsgemäss solche tetanoiden Anfälle vorkommen. Leider sind die Krankengeschichten sehr mangelhaft, so dass aus ihnen die Diagnose der Hysterie nicht gestellt werden kann.

Windscheid (Leipzig).

90. **Beiträge zur Hysterie. Hysterischer Magenschmerz, hysterische Athmungsstörungen**; von Dr. Georg Stiker. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 1 u. 2. p. 61. 1896.)

Die Arbeit St.'s beschäftigt sich mit dem Nachweise, dass die Hysterie unter der Form von Organerkrankungen auftreten kann, von denen sie nur durch den Nachweis anderer hysterischer Stigmata unterschieden wird. Zu diesen gehören auch Hyperästhesien der Eingeweide, die, bisher noch wenig beachtet, für die Diagnose der Hysterie von grosser Wichtigkeit sein können. So beschreibt St. 5 Fälle, in denen es sich um Magenschmerzen handelte, die sicher nur auf Hysterie zurückzuführen sind. Der Magen in seiner ganzen Ausdehnung war auf Druck und Perkussion empfindlich, so dass die Lage des Organs geradezu nach aussen projicirt erschien. Der Schmerz folgte in seinen Grenzen auch ganz genau dem künstlich aufgeblähten Magen. Dieser Befund kann bei keiner anderen, vor Allem bei keiner organischen Magenerkrankung erhoben werden. Da ausserdem in allen Fällen verschiedene andere hysterische Stigmata, vor Allem Sensibilitätstörungen vorhanden waren, war die Diagnose der Hysterie zweifellos. Ferner beschreibt St. einen Fall von Harnblasenhyperästhesie, in dem fortwährender Harndrang mit schmerzhafter Harnentleerung bestand. Objektiv fand sich über der Symphyse eine genau der Harnblase entsprechende druckempfindliche Zone, die nach Füllung der Blase mit Kochsalzlösung der Grössenzunahme der Blase entsprechend zunahm. Daneben eine Reihe von anderen hysterischen Stigmata.

Die hysterischen Athemstörungen bestehen in einer ausgesprochenen Ungleichmässigkeit der sonst rhythmisch regulären Respiration und in einem raschen Aufeinanderfolgen mehrerer Respirationen während der In- oder Exspiration. In der Hypnose verschwinden alle diese Erscheinungen vollständig. Auch hierfür führt St. 10 Krankengeschichten an, die im Originale nachgelesen werden müssen.

Windscheid (Leipzig).

91. **Ueber die Wichtigkeit der centripetalen Erregungen für den menschlichen Körper**; von Dr. Lots. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 1 u. 2. p. 103. 1896.)

Das sensible Nervensystem hat die Aufgabe, den centralen Theilen Reize zuzuführen, die diese für ihre eigene Ernährung brauchen, aber auch zum Theil wieder in Bewegung umsetzen, es bedingt also die fortwährende Erneuerung der lebendigen Kraft. Von dieser, durch anatomische und klinische Forschungen unzweifelhaft nachgewiesenen Thatsache aus, sucht L. den Beweis zu führen, dass eine ganze Reihe von Krankheiten nur dadurch entstehe, dass dem Körper zu wenig peripherische sensible Reize zugeführt werden. Zum Theil liegt dieser Mangel nach L. an unserer modernen Cultur, besonders an der unzweckmässigen Kleidung, die die Fortleitung sensibler Reize stellenweise geradezu verhindert. Die Landbevölkerung ist daher wegen des häufigen Baarfusslaufens der Bevölkerung der Grossstadt gegenüber immer im Vortheile und darum soll nach Ansicht von L. der Landbewohner Schmerzen immer leichter ertragen, als der Städter, denn dieser Letztere leidet wegen des Mangels an sensiblen Reizen, der durch seine Beschäftigung und seine Lebensweise bedingt ist, an chronischer Hyperalgesie. [! Ref.] Die Krankheiten, die nach L. durch den Mangel an centripetalen Reizen bedingt werden, sind die Arteriosklerose, die Erkältungen, dann gewisse trophische Störungen, wie cariöse Zähne und Kahlköpfigkeit. Von Seiten des Nervensystems entstehen durch den Mangel an sensiblen Reizen die Neurasthenie, die Hysterie, die Tabes dorsalis und die Dementia paralytica. Die näheren Begründungen der Theorie L.'s hier zu besprechen, würde zu weit führen, sie eignen sich auch nicht für ein Excerpt. Es ist vielleicht viel Wahres an ihnen, aber auf der anderen Seite wird doch der Theorie zu Liebe den Thatsachen oft Gewalt angethan, vor Allem bei der Erklärung der Tabessymptome. Schliesslich zieht L. aus seinen Anschauungen auch einen therapeutischen Schluss, und dieser erscheint als der vernünftigste. Er tritt dafür ein, sowohl gesunden Menschen zur Erhaltung ihrer Gesundheit, als namentlich Kranken zur Wiederherstellung möglichst viele peripherische sensible Reize zukommen zu lassen. Vom Wasser hält er in dieser Beziehung nicht viel, da ein kurz dauernder Reiz nicht genügt und bei starken Reizen durch die grosse Wärmeentziehung der Haut unangenehme Einwirkungen hervorgerufen werden können. Die elektrische Reizung mittels der faradischen Bürste beschränkt sich immer nur auf einen relativ kleinen Querschnitt. L. hat daher mechanische Reize angewendet, und zwar in Form von trockenen Frottirungen mit Lufahschwamm und

Baarfusslaufen auf grobem Kies, wobei der Fussboden direkt erwärmt wird. Genauere Berichte über die Erfolge dieser beiden therapeutischen Maassnahmen werden in Aussicht gestellt.

Windscheid (Leipzig).

92. **Ein Beitrag zur Kenntniss der Reflexe während der Narkose**; von Dr. Carl Bayer. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 27. 1896.)

B. erlebte bei einer Narkose wegen Exstirpation eines Mastdarmpolypen durch das wiederholte laute Knarren der Thüre einen schweren Collaps des Narkotisirten, der nur auf die Acusticusreizung bezogen werden kann. Obwohl die Narkose sich zur Zeit schon auf dem Höhepunkt befand (denn der Pat. hat nach seiner eigenen späteren Angabe keinen Schmerz verspürt), genügte also doch die periphenische Reizung des Acusticus, um eine centrale Erregung hervorzurufen, durch die das Herz beeinflusst wurde. Der Narkotisirte ist eben in seiner Narkose genau so durch das laute Geräusch erschrocken wie in wachem Zustande. Windscheid (Leipzig).

93. **A history of the chronic degenerative diseases of the central nervous systeme**; by T. K. Monro. (Glasgow med. Journ. XLIV. 4. 5. p. 241. 335. Oct., Nov. 1895.)

Ohne etwas Neues zu bringen, enthält die sehr fleissige Arbeit M.'s eine historische Darstellung der Entwickelung der Lehren von der Tabes, der spastischen Paralyse, der „ataktischen Paraplegie" (Gowers), der Friedreich'schen Krankheit und der progressiven Muskelatrophie. Die Darstellung ist rein objektiv, enthält sich jeder Kritik und will nur eine Uebersicht geben über die verschiedenen Ansichten der Autoren, wie sie sich im Laufe der Zeit entwickelt haben. In dieser Hinsicht ist der Arbeit ihr Werth nicht abzusprechen.

Windscheid (Leipzig).

94. **Démence vésanique, ramollissement du cervelet (lobe droite), rupture du coeur (oreillette droite)**; par le Dr. R. Charon. (Arch. de Neurol. 2. S. I. 1. p. 257. 1896.)

Eine 74jähr., seit langer Zeit an Grössenideen und den verschiedensten psychischen Störungen leidende Frau, war, nachdem einige Tage vorher Schwindel und Erbrechen aufgetreten waren, plötzlich gestorben. Die *Sektion* ergab eine Ruptur des rechten Herzohrs und eine vollständige Erweichung der rechten Kleinhirnhemisphäre, ausserdem Atrophie des rechten Pedunculus cerebelli, sowie der rechten Hälfte der Medulla oblongata und des Halsmarks. Am Herzen, sowie an einigen Gliedermuskeln starke Verfettung. Das ganze Arteriensystem überall sklerotisch; nirgends mehr elastische Fasern zu finden. Am stärksten waren die Veränderungen an den basalen Hirnarterien und der rechten Vertebralis. Die Arterien im Kleinhirn, völlig obliterirt, erschienen nur als dicke Stränge. Ch. betrachtet die Ruptur des Herzohrs und die Erweichung des Kleinhirns als Folgeerscheinung dieser allgemeinen Arteriitis. Windscheid (Leipzig).

95. **L'obsession en pathologie mentale**; par A. Rouillard et M. Iscovesco. (Gaz. des Hôp. LIX. 49. 1896.)

Diese nur 8 Seiten umfassende literarische Studie bildet gewissermaassen den Text zu den 92 Nummern des beigegebenen Literaturverzeichnisses. Als Unterarten der Obsession werden angeführt: Zweifelsucht, Dipsomanie, sexuelle Anomalien, Pyromanie, Kleptomanie, Onomatomanie, Astasie-Abasie (neurasthenische), Maladie des Tics, Platzangst, Claustrophobie, Abulie, Suicidium und Homicidium. Bresler (Freiburg i. Schl.).

96. **Ueber moralische Defektzustände**; von J. Berze. (Wien. Jahrb. f. Psych. XV. 1. p. 62. 1896.)

Die Grundlage der moralischen Defektzustände ist nach B. viel mannigfaltiger, als es den Anschein hat. Der moralische Defekt des *Idioten* erwächst auf dem Boden einer mangelhaften Apperception. Aber auch wenn die Schwierigkeiten der letzteren überwunden und dem Idioten durch Erziehung irgend welche Pflichtsysteme beigebracht worden sind, bleiben diese doch nackte Schemen ohne Affekt. Tritt, wie meistens, Reizbarkeit hinzu, so wird der moralische Defekt offenkundig. Beim *Imbecillen* beruht der moralische Defekt auf einer abnorm erleichterten Association, auf mangelnder Fixation, weshalb hochwerthige moralische Associationsysteme nicht entstehen können; dazu kommen die „relativ gesteigerte Werthigkeit des Associationcomplexes des primären Ichs", also veränderte Beziehung der Persönlichkeit zur Aussenwelt, ein moralisches *Verrücktsein* im eigentlichen, fast mechanischen Sinne dieses Wortes. Eine 3. Kategorie Moralischdefekter bilden die *Frühreifen;* sie gehören zu den Degenerirten Magnan's, zu den Déséquilibrés. Frühreife beruht auf frühzeitiger Entwickelung des Bewusstseins und einer zuweilen mit körperlicher Hyperästhesie vereinten psychischen Hyperästhesie. Bei ihnen construirt B. ein *„antimoralisches Gefühl"* (das Individuum in seiner Ungebundenheit begünstigende Associationcomplexe). Solch' ein antimoralischer Associationcomplex baut sich auf „Anhaltspunkten auf, die das Kind als auxiliär für sein Streben nach ungebundener Selbstbethätigung betrachtet hat". Dass solche Ideengruppen nicht mit der Zeit verschwinden, ist charakteristisch für die Degenerirten, bei denen gewisse Gedankencomplexe nicht entsprechend dem Wechsel der Verhältnisse sich verändern, sondern mit der Erfahrung des Individuum in Contrast treten und weit über die Zeit hinaus, in der sie der Erfahrung entsprachen, wirksam bleiben. 2 solcher Fälle werden von diesem Gesichtspunkte aus eingehend analysirt. In dem ersten bildet das Gefühl des Rückhaltes „welches für das Individuum aus der hochwerthigen und leicht erregbaren Associationsgruppe des reichen Vaters (!)" resultirte, die Grundlage für sein unmoralisches Gebahren; im zweiten ist das antimoralische Gefühl durch das Moment der Verbitterung und des Misstrauens, hervorgegangen aus der Anwesenheit erheblicher körperlicher Gebrechen, mit denen das Individuum behaftet ist, bedingt. Weiterhin werden die moralischen Defekte bei *chronischer* und *periodischer Manie*, bei *Epilepsie*, bei *Hysterie* kurz behandelt, auch die moralische

Kehrseite mancher Fälle von *Neurasthenie* in Betracht gezogen. Die schon von Sengelmann ausgesprochene, von B. wiederholte Forderung, Idioten, deren Defekt sich hauptsächlich auf ethischem Gebiete fühlbar macht, anstatt in Idiotenanstalten und gar in Irrenanstalten, wo jeder Anschein einer Disciplinirung vermieden werden soll, in Besserungs- und Rettungsanstalten unterzubringen, verdient Beachtung. In letztere oder in eigene Anstalten gehören auch die depravirten und depravirenden Alkoholiker.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

97. **Ueber Analgesie des Ulnaris-Stammes bei Geisteskranken**; von Dr. Otto Snell. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 42. 1895.)

Sn. hat die Empfindlichkeit des Ulnaris-Stammes bei 25 Paralytikern und 75 nicht paralytischen Kranken geprüft. Unter ersteren fand er sie erhalten bei 4%, abgeschwächt bei 40% und erloschen bei 56%, unter letzteren erhalten bei 33%, abgeschwächt bei 52%, erloschen bei 15%. Die Analgesie war demnach bei Paralytikern weit häufiger, als bei anderen Geistesstörungen. In Uebereinstimmung mit Cramer fand Sn. ferner bei den Paralytikern, dass ein Zusammenhang der Ulnaris-Analgesie mit einem der übrigen Symptome der progressiven Paralyse nicht festzustellen ist. Selbstverständlich war bei den Kranken, die überhaupt viele schwere Störungen zeigten, das Fehlen des Ulnaris-Symptomes etwas häufiger, als bei den leichter Kranken. Bei den nicht paralytischen Kranken traf die Analgesie des Ulnaris-Stammes in der Regel mit anderen schwereren Störungen der Sensibilität zusammen.

A. Boettiger (Hamburg).

VI. Innere Medicin.

98. **Ueber Diphtherie.** (Vgl. Jahrbb. CCLII. p. 31.)

Action de l'eau sur le bacille diphthérique; par D.-P. Démétriadès. (Arch. de Méd. expérim. VII. 5. p. 605. 1895.)

D. suchte die Frage, ob eine Uebertragung der Diphtherie durch das Wasser möglich sei, experimentell zu lösen. Er brachte die gleiche geringe Menge lebender Diphtheriebacillen in sterilisirtes destillirtes Wasser, in sterilisirtes Quellwasser und in nicht sterilisirtes Quellwasser. Im destillirten Wasser nahm die Anzahl der Bacillen vom 7. Tage an ab. Nach 21 Tagen waren keine mehr vorhanden. Im destillirten Quellwasser starben die Bacillen langsamer. Es wurde erst nach 31 Tagen steril. Die Schnelligkeit des Verschwindens hängt ab von der Menge der im Wasser vorhandenen Bacillen. Im gewöhnlichen Quellwasser schwanden die Bacillen rasch zwischen dem 7. und 9. Tage. Doch ist gerade der Ausfall dieser Prüfung sehr schwierig zu beurtheilen wegen der Gegenwart anderer Organismen. Der Diphtheriebacillus verliert im Wasser schnell seine Giftigkeit, aber er erlangt sie auch schnell wieder, wenn er günstige Existenzbedingungen findet. In der Natur werden sich die Verhältnisse ähnlich abspielen. Allerdings kommen hier 2 wichtige Umstände in Betracht: 1) der Einfluss des Lichtes, 2) der Einfluss anderer Organismen. Jedenfalls darf man annehmen, dass der Bacillus in Wasser mit geringem Gehalt anorganischer Substanz nur einige Wochen sich lebend erhalten kann, dass er aber während dieser Zeit insofern gefährlich ist, als er, in eine günstige Umgebung versetzt, seine volle Virulenz wieder erlangen kann.

Experimental observation on some cases of diphtheria with a note on the mode of division of the bacillus; by Samuel G. Shattock. (Transact. of the pathol. Soc. of London XLVI. p. 258. 1895.)

Sh. behandelte 3 Geschwister an Diphtherie, von denen eins starb, während bei den beiden anderen die Krankheit milde verlief (Serumbehandlung). Die angelegten Culturen ergaben von allen 3 Kranken virulente Bacillen. Der verschiedenartige Verlauf war hier also bedingt durch die verschiedene natürliche Widerstandsfähigkeit der Kranken. Von 2 unter ganz gleichen Verhältnissen lebenden Geschwistern starb das eine an Diphtherie, das andere blieb gesund. Bei letzterem fanden sich nichtvirulente, bei ersterem virulente, sonst vollkommen gleiche Bacillen. Sh. fand in seinen Präparaten Bilder, die darauf hindeuten, dass die Diphtheriebacillen sich in kurze Elemente theilen können. Diese vermögen sich dann wieder rechtwinklig zur Achse des ungetheilten Bacillus zu vermehren.

Ueber verzweigte Diphtheriebacillen; von Dr. J. Bernheim und Dr. C. Folger. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XX. 1. 1896.)

B. und F. beobachteten in einzelnen Präparaten von Diphtheriebacillen kürzere und längere Fäden, die Verzweigungen aufwiesen. Gleiche Formen sind von C. Fränkel beschrieben worden. Sie waren fast ausschliesslich in Rachenexsudaten, nur einmal im Nasensekret zu finden, namentlich dann, wenn die lange Form der Diphtheriebacillen vorlag. Die Züchtung (am reichlichsten waren die verzweigten Bacillen in Eiculturen zu finden) und der Thierversuch zeigten deutlich, dass die verzweigten Fäden wirklich den Diphtheriebacillen zuzuzählen sind.

Metachromatism in diphtheria bacilli; by A. A. Kanthack. (Lancet Aug. 22. 1896.)

K. tritt der Behauptung von Goasage entgegen, dass die durch Zusatz von Glycerin zum Nährboden erzielte Aenderung des tinktoriellen Verhaltens gegenüber Methylenblau für den Diphtheriebacillus charakteristisch sei. Sie ist einfach der Ausdruck der Plasmolyse.

Ein neues und bequemes Verfahren zur Bereitung von Serum-Agar-Agar als Hülfsmittel zur Erkennung der Diphtherie; von A. A. Kanthack und J. W. Stephens. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XIX. 16 u. 17. 1896.)

100 g Ascitesflüssigkeit oder serösen Pleuraexsudates werden mit 2 ccm 10proc. Kalilauge versetzt, wodurch das Serumalbumin zu einem durch Kochen nicht fällbaren alkalischen Albuminat wird. Dazu werden 1.5—2% Agar-Agar gefügt, das in angesäuertem Wasser aufgeweicht wurde; das Ganze wird im Dampfsterilisator bis zur vollständigen Lösung gekocht und durch einen Heisswassertrichter filtrirt. Nach Zusatz von 4—5% Glycerin wird die Flüssigkeit in Röhrchen gefüllt und sterilisirt, wobei sie zu einer festen, klaren Masse erstarrt. Je frischer das benützte Serum war, um so heller und klarer wird der Nährboden, der namentlich folgende Vortheile hat: Er lässt sich schnell und leicht bereiten, verflüssigen, ist äusserst klar und durchsichtig. „Seine elektive Wirkung auf Diphtheriebacillen übertrifft diejenige aller sonstigen uns bekannten Serumpräparate.“ Organismen, die auf Gelatine oder Agar-Agar nicht gut gedeihen, wachsen auf ihm vorzüglich. Sehr eiweissreiche Exsudate müssen zur Hälfte mit destillirtem Wasser verdünnt werden.

Préparation de la toxine diphthérique; par Nicolle. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 6. 1896.)

Ein sicheres, schnelles und sparsames Verfahren zur Darstellung von Diphtheriegift ist nach N. das folgende: Frisches, von einem an demselben Morgen getödteten Thiere stammendes Rindfleisch wird zerkleinert und über Nacht bei einer Temperatur von 10—12° macerirt (500 g Fleisch auf 1 Liter Wasser), mit 2% Pepton und 0.5% Kochsalz versetzt, gekocht, filtrirt, genügend alkalisirt und alsdann 10 Minuten lang auf 120° erhitzt. Dann filtrirt man abermals, vertheilt die Bouillon auf Gefässe von 1—2 Liter Inhalt und sterilisirt sie eine Viertelstunde bei 115°. Die Bouillon wird mit einer vorher verjüngten Cultur nach dem Vorgange von Roux beschickt. Die filtrirte Bouilloncultur wird dann ohne Luftzufuhr bei einer Temperatur von 37° gehalten. Nach 7 Tagen tödtet 1/10 ccm ein Meerschweinchen von 500 g Gewicht in weniger als 48 Stunden. Das Verfahren von Spronck gab nicht so günstige Resultate.

Zur Kenntniss des Diphtheriegiftes; von Dr. H. Kossel. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. XIX. 25. 1896.)

K. vermochte unter Beobachtung bestimmter Vorsichtsmaassregeln sicher wirksames Diphtheriegift bereits in ganz jungen Bouillonculturen nachzuweisen zu einer Zeit, wo man ein Absterben und eine Auslaugung einer grösseren Anzahl von Bacillen noch nicht annehmen konnte. Es muss demnach die Bildung des Diphtheriegiftes „ein mit der Lebensthätigkeit der Bakterienzelle in Verbindung stehender Vorgang sein“. Ferner vermochte K. in den abgetödteten „Leibern“ junger Diphtherieculturen, die von jeder Beimengung sorgfältig befreit waren, lösliches Diphtheriegift in geringer Menge nachzuweisen. Diese Menge ist aber eine so geringe, dass man das Giftigwerden älterer Culturen nicht auf ein einfaches Auslaugen der abgestorbenen Bacillen beziehen kann. Man muss vielmehr annehmen, „dass das Diphtheriegift aus dem dargebotenen Nährmaterial innerhalb der Bakterienzelle gebildet und alsbald secernirt wird“.

Contribution à l'étude des associations bactériennes dans la diphthérie; par les DDr. de Blasi et G. Russo-Travali. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 7. 1896.)

Bl. und R.-Tr. haben Membranstückchen von 234 Kranken aus der Diphtheriestation zu Palermo untersucht. Sie fanden: 1) Abwesenheit des Löffler'schen Bacillus, Anwesenheit von Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken, Colibacillen 36mal (Sterblichkeit der Kr. 3.84%). 2) Löffler'sche Bacillen rein 102mal (Sterblichkeit 27.45%). 3) Löffler'sche Bacillen und Staphylokokken 76mal (Sterblichkeit 32.89%). 4) Löffler'sche Bacillen und Streptokokken 20mal (Sterblichkeit 30%). 5) Löffler'sche Bacillen, Pneumokokken und Streptokokken 7mal (Sterblichkeit 43%). 6) Löffler'sche und Colibacillen 3mal (Sterblichkeit 100%). Auffallend war die hohe Sterblichkeit in denjenigen Fällen, in denen Diphtheriebacillen und Colibacillen vergesellschaftet waren. Da aus so kleinen Zahlen, wie sie vorliegen, keine endgültigen Schlüsse gezogen werden können, prüften Bl. und R.-Tr. den Einfluss, den das Bacterium coli auf die diphtherische Infektion ausübt, experimentell an Meerschweinchen und fanden, dass dieses Bacterium die Gefahr der Infektion beträchtlich erhöht. Seine Gegenwart neben Diphtheriebacillen ist demnach ein prognostisch ungünstiges Zeichen.

Over de Aetiologie van Croup hier te Lande, inzonderheid van primairen Croup; door Prof. C. H. Spronck. (Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 10. 1896.)

Spronck's Untersuchungen von 200 Croup- und Diphtheriekranken (Untersuchung der in das patholog. Institut zu Utrecht eingesendeten Exsudatproben) ergaben, dass bei Pharyngitis fibrinosa (reiner Rachendiphtherie) der Diphtheriebacillus in 73.5%, Kokken in 26.4% der Fälle vorhanden waren. Bei sekundärem Croup waren in 97.9%, bei primärem Croup in 92% Diphtheriebacillen anwesend. Der Croup ist also in Holland vorwiegend diphtherischer Natur. Binnen 6 Jahren konnte nicht ein einziger Fall von nichtdiphtherischem Croup festgestellt werden.

Membranous angina, simulating diphtheria, with observations on etiology; by S. Toms. (Med. News LXVIII. 24. p. 659. June 13. 1896.)

T. theilt einige Beobachtungen von nichtdiphtherischer fibrinöser Angina mit. Im Deckglaspräparat fanden sich keine Diphtheriebacillen. T. betont die Milde der Erkrankung, die Unmöglichkeit des Nachweises einer Ansteckung. Die Betrachtungen über die Entstehung der Erkrankungen können wir übergehen, da sie einen positiven Beweis für ihre Richtigkeit vermissen lassen.

Beiträge zur Kenntniss der Diphtherie; von Dr. F. Reiche. (Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. 2. p. 131. 1893—94.)

R. hat 88 Diphtherieleichen aus dem Neuen Allgemeinen Krankenhause zu Hamburg untersucht. In allen Fällen war während des Lebens der Diphtheriebacillus nachgewiesen. Die Behandlung war eine indifferente gewesen; Serum war nicht in Anwendung gekommen. R. theilt die Krankengeschichten und Sektionbefunde im Auszuge mit. Die Fälle sind nach dem Zeitpunkte des Todeseintritts geordnet. Von den klinischen Befunden sei hervorgehoben, dass die Temperatur

meist unregelmässig remittirend verlief. Kranke mit besonders schwerer Allgemeininfektion zeigten oft nur sehr geringe Temperaturerhöhungen. Ein Kind ging 4 Wochen nach Ablauf der Diphtherie unter den Erscheinungen einer Landry'schen Paralyse zu Grunde. 56% der Kranken hatten *Bronchopneumonie.* Häufig waren innerhalb der ersten 12 Tage Nase und Nasenhöhlen ergriffen (61 Fälle). Bei 5% dieser Kranken war neben der Nase der Kehlkopf, bei 24.6% die Luftröhre, bei 54% der Bronchialbaum erkrankt. 7mal fanden sich diphtherische Beläge in der Speiseröhre, 11mal im Magen, 1mal im Ileum. Bei 27 späteren Erkrankungen wird die Betheiligung der Speiseröhre 1mal, diejenige des Magens 3mal erwähnt. Die *Milz* war in 37.5% der Fälle (80) geschwollen, aber nur in 2.5% in stärkerem Grade. Von welchen Bedingungen eine geringere oder stärkere Milzschwellung abhängig ist, ist schwer zu sagen. Von Einfluss ist jedenfalls die Krankheitdauer, wahrscheinlich das Alter und die Ausbreitung des Processes, weniger vielleicht die Mischinfektion. Doch lassen sich diese Verhältnisse schwer abschätzen. Häufig war die Schwellung der *Darmfollikel,* der klinisch kein bestimmtes Symptom entsprach. Der *Herzmuskel* zeigte in früher Zeit albuminöse Trübung, in späteren Perioden fettige Infiltration der Muskelfasern. Veränderungen der *Nieren* wurden in jedem Falle gefunden, und zwar vorwiegend in der Rinde. Bei allen Nieren war das Parenchym verändert, bei der Hälfte etwa auch das Zwischengewebe. Letzteres zeigte entzündliche Vorgänge von sehr verschiedener Lage, Ausdehnung und Stärke. Die Parenchymveränderungen bestanden in: 1) Coagulationnekrose; 2) trüber Schwellung und fettiger Entartung der Epithelien. Letztere war in wechselndem Grade in allen Fällen wahrzunehmen. Die Coagulationnekrose war dagegen nicht so häufig. Die Glomeruli boten ausnahmelos Veränderungen dar: Ablagerungen im Kapselraume, zellenreiche Exsudation daselbst, Veränderungen an den Gefässschlingen und am Wandepithel, Blutungen. Die intracapsulären Ablagerungen machten den Eindruck regelloser Anordnung. In einem Falle waren viele Glomeruli hyalin entartet. Das Epithel der Schlingen war häufig abgestossen oder geschwollen, aber nur in geringer Ausdehnung. Nur in einem Falle war die Verdickung fast an allen Malpighi'schen Körperchen zu sehen. Die innere epitheliale Auskleidung der Kapsel war selten abgehoben. Einmal waren die Epithelien in Proliferation begriffen. Hier und da fanden sich sklerosirte Glomeruli. Cylinder, meist hyaline, fanden sich fast immer. In 13% der Fälle sah R. rothe Blutkörperchen innerhalb der Harnkanälchen, 3mal interstitielle, durch starke Stauung entstandene Blutungen. Die Gefässe waren in über der Hälfte der Fälle stark gefüllt. Die Veränderungen der Nieren, namentlich die fettige Entartung, waren im Allgemeinen um so ausgeprägter, je später der Tod erfolgt war. Beziehungen zwischen den anatomischen Veränderungen und dem Lebensalter oder der Ausdehnung des örtlichen Processes fehlten. Interstitielle Vorgänge fanden sich zu allen Zeiten. Die Anwesenheit von Organismen schien keine besonderen charakteristischen Veränderungen hervorzurufen. Die *Leber* zeigte häufig starke Füllung der Capillaren, 11mal Blutungen. In 20% der Fälle waren Nekrosen, in 50% Entzündungen im Zwischengewebe vorhanden. Das Pankreas blieb meist verschont. Noch am häufigsten fand R. Blutungen oder Coagulationnekrose.

Ueber die Wirkung der Diphtherietoxine auf den Zellkern; von Dr. L. Baldassari. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 15. 1896.)

B. vergiftete Kaninchen durch Einverleibung von Diphtheriebacillen, bez. von Diphtheriegift, und untersuchte die Veränderungen, die die zelligen Elemente dabei eingingen, an der Leber und an den Nieren. Er fand, „dass das Diphtheriegift je nach seiner schneller oder langsamer tödtenden Wirkung degenerative Veränderungen der Zellelemente oder nur Alterationen des Kernes hervorbringen kann, deren Schwere durch alle die von vielen Autoren beschriebenen karyolytischen Erscheinungen und auch durch die Alteration des plasmatischen Nucleolus bewiesen wird. Die Widerstandsfähigkeit dieses letzteren ist so gross, dass von allen Ursachen, welche das Zellenleben stören können, nur die Vergiftungen mit Phosphor und Arsenik Kernläsionen hervorbringen, welche sich mit den hier beschriebenen, durch das Diphtheriegift erzeugten vergleichen lassen.“ Bei der akuten Vergiftung (mit Diphtheriegift, Phosphor oder Arsen) findet sich nur der Zellkern verändert; bei langsamer verlaufenden Vergiftungen kommt es dann auch zu rückgängigen Veränderungen, zu Zerfallserscheinungen im Protoplasma. In sehr akuten Fällen von Phosphor- und Arsenvergiftung, sowie bei den akutesten Formen von Diphtherie erfolgt der Tod wahrscheinlich in Folge dieser Kernläsion an den Zellen lebenswichtiger Organe.

The Klebs-Loeffler bacillus in apparently normal throats and noses; by H. W. Gross. (Univ. med. Mag. IX. 1. p. 45. Oct. 1896.)

Gr. untersuchte im Bostoner Kinderspitale vom 1. December 1895 bis zum 1. Juni 1896 Nase und Rachen aller eintretenden und in wöchentlichen Zwischenräumen dieselben Organe aller im Spitale verweilenden Kinder auf Diphtheriebacillen (Culturverfahren). Von 316 Kindern hatten 26 zu irgend einer Zeit Diphtheriebacillen. 2 von ihnen litten an klinisch zu diagnosticirender Diphtherie. Es bargen demnach von 314 Kindern ohne Diphtherie 24 = 7.9% Diphtheriebacillen. Ein Knabe hatte $2^1/_2$ Monate lang virulente Bacillen im Nasenschleim, die oft erst nach mehrfacher Prüfung nachweisbar waren, so dass der Knabe Tage lang frei von Bacillen schien. Die Virulenz dieser Bacillen schien allmählich abzunehmen.

Untersuchungen über das Vorkommen von Diphtheriebacillen in der Mundhöhle von nicht diphtherischen Kindern innerhalb eines grossen Krankensaales; von Dr. Erich Müller. Arbeiten aus der Klinik für Kinderkrankheiten an der Universität Berlin. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 1. p. 53. 1896.)

M. hat 100 Kinder von der inneren Mädchenabtheilung der Henhner'schen Klinik innerhalb von 5 Mon. auf die Anwesenheit von Diphtheriebacillen hin untersucht. Keines der Kinder bot irgend welche Veränderungen der Mund- und Rachenschleimhaut dar. 92 Kinder waren innerhalb der angegebenen Zeit neu aufgenommen worden. Bei 24 Kindern wurden Bacillen gefunden; 4 von ihnen waren zu Beginn der Untersuchung bereits in der Abtheilung, 20 waren neu aufgenommen. Von letzteren hatten 6 bei der ersten Abimpfung Diphtheriebacillen, waren also mit solchen eingeliefert worden, während die übrigen 14 sie im Krankenhause aufgenommen haben mussten. In Bezug auf die Zeit, die zwischen Aufnahme und Ansteckung verstrichen war, fanden sich sehr grosse Schwankungen. Im Allgemeinen kam auf 4 Kinder eins mit Diphtheriebacillen, bei den Kindern zwischen dem 4. und 6. Lebensjahre auf 2 eins mit Bacillen. Die Kinder zwischen dem 6. und 8. Jahre (12) blieben sämmtlich frei von Bacillen. Die Bacillen hielten sich zum Theil Wochen lang, bis zu $2^1/_2$ Monaten im Munde der Kinder, ohne dass diese erkrankten. Von den 6 Kindern, die mit Bacillen in die Abtheilung kamen, stammte nur eins aus einer Familie, in der vor einigen Wochen Diphtherie geherrscht hatte. Das Kind war dabei nicht ergriffen gewesen. Thierversuche wurden in 12 Fällen angestellt. In 6 Fällen fanden sich voll-, bez. starkvirulente Bacillen (darunter 2 Kinder, die mit Bacillen aufgenommen wurden und von denen das eine aus der mit Diphtherie behaftet gewesenen Familie stammte), in 6 anderen solche von geringerer Virulenz.

M. macht auf die Gefahr aufmerksam, die mit Diphtheriebacillen behaftete Personen für andere bilden. Dass sie nicht erkranken, verdanken sie ihrer natürlichen Immunität. Bezüglich der bakteriologischen Diagnose der Diphtherie hebt M. den Werth der Agarculturen hervor. Den Pseudodiphtheriebacillus fasst er als einen schwach oder gar nicht virulenten echten Diphtheriebacillus auf.

Some investigations as to the virulence of the diphtheria-bacilli occasionally found in the throat-secretions in cases presenting the features of simple acute angina; by Hermann M. Biggs. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXII. 4. p. 411. Oct. 1896.)

B. untersuchte den Rachenschleim, bez. den Belag von 44 Kranken, die zunächst das Bild der follikulären Angina, bez. der einfachen akuten Pharyngitis darboten. Bei 25 Kranken entwickelten sich schliesslich die klinischen Symptome der Diphtherie, während bei 17 anderen die ganze Krankheit unter dem Bilde der Angina verlief. 2 Kinder bekamen nach Ablauf ihrer „Angina“ Croup. Bei allen 44 Kranken fanden sich Diphtheriebacillen. In den 17 Fällen anscheinend einfacher Angina wurde die Virulenz der Bacillen durch das Thierexperiment erwiesen.

Vom 1. bis 28. April 1896 wurden in den städtischen Laboratorien zu New York 2042 Culturen geprüft, darunter 450 von den behandelnden Aerzten angelegte. Die klinische Diagnose lautete 54mal auf falsche Diphtherie, 145mal auf Diphtherie oder Croup; 241mal war sie zweifelhaft. Die bakteriologische Untersuchung ergab falsche Diphtherie 110mal, echte Diphtherie 239mal, unbestimmtes oder negatives Resultat 241mal. 107 F., die als Diphtherie gemeldet, in denen aber vom behandelnden Arzte keine Proben eingeschickt wurden, erwiesen sich bei nachträglicher Prüfung als falsche Diphtherie.

B. tritt energisch für die bakteriologische Auffassung des Begriffes „Diphtherie“ ein.

Zur Scharlachdiphtherie; von Prof. H. v. Ranke. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 42. 1896.)

Holzinger, ein Schüler v. Ranke's, war im J. 1889 nach bakteriologischen Untersuchungen in der Münchener Kinderklinik zu dem Ergebnisse gekommen, dass die Scharlachdiphtherie wohl fast immer eine Complikation von Scharlach und echter Diphtherie sei. Diese Auffassung wurde von Heubner lebhaft bekämpft. v. R. hat die Untersuchungen Holzinger's fortgesetzt. Er berichtet über 1) 67 „Fälle, welche mit Scharlach und Diphtherie direkt aus der Stadt aufgenommen und sofort bakteriologisch untersucht wurden“, und zwar 62 klinische und 5 poliklinische Fälle. Er fand nur Streptokokken in 26 Fällen = 38.8%, Diphtheriebacillen und Streptokokken in 32 Fällen = 47.7%, Diphtheriebacillen fast in Reincultur in 4 (klinischen) Fällen = 5.9%, demnach Diphtheriebacillen überhaupt in 36 Fällen = 53.7%. Bei 4 Kranken (5.9%) fiel die Prüfung negativ aus. Bei primärer Diphtherie fanden sich nur Streptokokken in 5.9% der Fälle. Das häufigere Vorkommen der Streptokokkendiphtherie bei Scharlach war *nicht* zurückzuführen auf eine häufigere Entwickelung aus lakunären Formen. 6 der zur Untersuchung verwendeten Kranken starben. Bei diesen lautete der bakteriologische Befund 3mal auf Streptokokken, 2mal auf Diphtheriebacillen; in einem Falle war er negativ. 5 Leichen wurden secirt. Man fand 3mal „Diphtherie“ des Rachens und Kehlkopfes, 1mal „abgelaufene Diphtherie“ dieser Organe. Absteigender Croup fand sich 2mal (1mal mit Bacillen und Kokken, das andere Mal nur mit Kokken). 2) „Fälle, welche mit Scharlach *ohne* Diphtherie zur Aufnahme gelangten, bei welchen sich dann im Verlaufe der Krankheit Diphtherie entwickelte“: 10 Kranke, die genasen. Man fand 1mal Bacillen fast in Reincultur, 7mal Mischinfektion, 2mal nur Kokken. Das Auftreten der Diphtherie im späteren Verlaufe der Krankheit dürfte hier wesentlich zu beziehen sein

auf „den Einfluss von anderen im Saale vorhandenen Diphtheriefällen". Die bacilläre Diphtherie trat ein: 1mal am 5., 1mal am 6., 6mal zwischen dem 16. und 27. Tage. 3) „Fälle, welche unter dem Bilde der primären Diphtherie in die Diphtherieabtheilung aufgenommen wurden, bei welchen sich später Scharlach entwickelte": 12 Kranke, von denen 2 starben. Man fand 3mal nur Bacillen, 8mal Mischinfektion, 1mal nur Kokken. Hier trat wahrscheinlich Scharlach später zur Diphtherie. In einigen Fällen gesellte sich die Diphtherie vielleicht während des Incubationstadium zum Scharlach. Ein Kind bekam eine langwierige Gaumenlähmung. 4) „Fälle von Hausinfektion mit Scharlach *und* Diphtherie, welche sich an Patienten der internen und chirurgischen Abtheilung ereigneten": 2 Kranke, 1 Todesfall. In beiden Fällen fanden sich nur Streptokokken.

v. R. will wegen der verhältnissmässig grossen Häufigkeit des Diphtheriebacillus bei Scharlachdiphtherie auch diese mit Heilserum behandeln.

Die bakteriologische Diagnose und klinische Diagnose „Diphtherie"; von Dr. Arthur Dräer. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 18. 1896.)

Dr. hat im Königsberger hygieinischen Institut 400 Proben von Diphtheriekranken, Diphtherieverdächtigen, Reconvalescenten, von Gesunden aus der Umgebung Diphtheriekranker untersucht, Proben, die nach der v. Esmarch'schen Methode gewonnen waren. Es wurden gefunden in 162 F. Diphtheriebacillen, und zwar bei klinischer Diagnose „Diphtherie" (193 F.) 115mal, bei klinischer Diagnose „Nichtdiphtherie" (106 F.) 16mal, bei klinisch zweifelhafter Diphtherie (101 F.) 31mal. Von 193 Fällen klinischer Diphtherie liessen nur 115 Bacillen erkennen, d. h. die bakteriologische Diagnose engt hier die klinische um 40.4% ein. Unter 52 Fällen von klinisch diagnosticirter „Angina" ergab die bakteriologische Untersuchung 9mal Bacillen, d. h. die bakteriologische Diagnose erweiterte die klinische um 17.3%. *Es wurde demnach im Ganzen der klinische Begriff „Diphtherie" um 23.1% eingeengt.* Zu Gunsten dieser Ansicht spricht auch das Fehlen von Bacillen in 70 von 101 diphtherieverdächtigen Fällen. Den Thierversuch braucht man nach Ansicht Dr.'s nur dann heranzuziehen, wenn sich die gefundenen Bacillen als „Pseudobacillen" zu erweisen scheinen. „Die Pseudodiphtheriebacillen bilden eine in sich abgeschlossene, wohlcharakterisirte und für den geübten Untersucher leicht von den Diphtheriebacillen zu unterscheidende Bakteriengruppe."

Welchen Werth hat der Diphtheriebacillus in der Praxis? von Arthur Hennig. (*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 157. 1896.)

H. hat von fachkundiger Seite an 35 Kranken, die an typischer Brétonneau'scher Diphtherie litten, 43 bakteriologische Untersuchungen anstellen lassen, und zwar von Prof. v. Esmarch und Dr. Czaplewski. Es fand sich 16mal in 10 Fällen der Löffler'sche Bacillus, d. h. bei 37.2% der Untersuchungen und in 28.5% der Fälle. Diphtherie-, Pseudodiphtheriebacillen und verdächtige Formen konnten in höchstens 57.1% nachgewiesen werden. Bei der „klinischen Diphtherie" fanden sich in 25.7% der Fälle Lähmungen, bei der „bakteriellen Diphtherie" nur in 10%. 4 Kranke, die im Verlaufe der Krankheit schwere Lähmungen bekamen und bei denen zu keiner Zeit echte Diphtheriebacillen gefunden wurden, beschreibt H. näher. H. hält nach diesen Erfahrungen den vom deutschen Diphtherieausschuss aufgestellten Grundsatz, dass einzig und allein der Löffler'sche Bacillus der Erreger der Diphtherie sei, für unhaltbar. Denn der Löffler'sche Bacillus erfüllt eben nicht die Forderungen, die R. Koch selbst zum Beweise der Specifität eines Mikroorganismus aufgestellt hat. Ferner hält es H. aus praktischen Gründen für unmöglich, dass die Mehrzahl der deutschen Aerzte zu einer bakteriologischen Diagnose der Diphtherie gelangen könne. *Die Entdeckung des Löffler'schen Bacillus ist für die Praxis vollständig gleichgültig. Die Diagnose „Diphtherie" darf bis jetzt lediglich aus dem klinischen Befunde gestellt werden.* Mit der Specifität des Diphtheriebacillus fällt auch die Bedeutung des Heilserum als eines *specifischen* Heilmittels. Damit soll dem Heilserum nicht ohne Weiteres jeder Werth abgesprochen werden. Doch sind die bisher gewonnenen Zahlen zu klein, um einen Schluss auf die Heilwirkung zu gestatten. Die Krankenhaus-Statistiken geben kein richtiges Bild von dem Heilwerth des Serum. Die Erfolge der praktischen Aerzte waren in grossen Zeiträumen günstigere, als sie die Statistiken über die Serumbehandlung erkennen lassen. H. selbst verlor bei seiner Methode der Behandlung (Eiscravatte, Kalkwassergurgelungen, innerlich Eis, Citronenwasser, Liquor ferri, Jodkalium; Reinlichkeit, kräftige Ernährung, gute Luft) von 1913 Kranken 59 = 3.08%, während die Sterblichkeit für Königsberg seit 1884 im Ganzen 29.3% beträgt. Diesen ausserordentlichen Unterschied vermag H. nur zu Gunsten der von ihm geübten Behandlung zu deuten.

Die Diphtherie im Canton St. Gallen; von Dr. Th. Wartmann in St. Gallen. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVI. 9. 1896.)

Von 1884—1893 kamen in St. Gallen 672 Fälle von Diphtherie und Croup vor, 295 = 43.9% bei männlichen, 377 = 56.1% bei weiblichen Personen. Es starben 163 Kr., und zwar 82 männliche, 81 weibliche. Die Anzahl der verzeichneten Erkrankungen ergab in dem angegebenen Zeitraume eine ziemlich constante Zunahme. Die meisten Erkrankungen traten in den Wintermonaten auf, die wenigsten im Hochsommer, Juli und August. Die meisten Erkrankungen und Todesfälle betrafen das Lebensalter zwischen dem 1. und 5. Jahre. In der Stadt St. Gallen waren die Erkrankungen ziemlich gleichmässig auf alle Strassen vertheilt. Eine Bevorzugung der ärmeren Stadttheile war nicht fest-

zustellen. Die meisten Kranken lieferten die ersten Stockwerke der Häuser. Die Zahl der Häuser mit mehrfacher Erkrankung war eine hohe (102). Die Erkrankungen kamen dann selten *neben* einander vor, sondern folgten auf einander in oft recht grossen Zwischenzeiten.

Im Canton St. Gallen findet sich Diphtherie zum ersten Male erwähnt im Jahre 1862, während Croupfälle schon seit 1820 aufgeführt wurden. 1874 wird zuerst epidemisches Auftreten der Krankheit verzeichnet. Von 1880—1893 schwankte die Sterblichkeit zwischen 0 und 3.23‰ der Bevölkerung; im Durchschnitte betrug sie 0.64‰. Besonders schwer verlief die Diphtherie im Jahre 1880 (1.18‰). Dann sank die Mortalität, um, wie in der gesammten Schweiz, Ende der 80. Jahre wieder emporzusteigen. Die Erkrankungsziffern zeigen ebenfalls im Jahre 1880 eine bedeutende Höhe, um dann wieder abzunehmen bis zu einem Minimum im Jahre 1887. Seitdem macht sich wieder eine deutliche, starke Zunahme geltend. Epidemien wurden seltener. Die Krankheit nimmt mehr einen „endemischen Charakter mit wachsender Intensität" an. Der Arbeit sind 5 Curven beigegeben.

Mittheilungen über 20 Jahre Diphtherie im Hamburger Allgemeinen Krankenhause; von Dr. J. Gläser, Oberarzt. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 3 u. 4. p. 211. 1896.)

Der Bericht über die von Gl. in den Jahren 1872—1891 im Hamburger Allgemeinen Krankenhause an Diphtheriekranken gesammelten Erfahrungen ist in vielfacher Hinsicht von Interesse, sofern man von den starken wenig geschmackvollen Ausfällen gegen die Bakteriologie und ihre Vertreter absieht. Es kamen in der erwähnten Anstalt 4358 Kranke zur Behandlung, von denen 1584 = 36.3% starben. Davon entfallen auf die medicinische Station 2728 Kr., und zwar 1325 Erwachsene (d. h. Personen, welche das 10. Lebensjahr überschritten hatten), 1329 Kinder, 74 unbekannten Alters. Die Sterblichkeit der Kinder betrug 37.9%, diejenige der Erwachsenen 5.7%. In der chirurgischen Station wurden 1630 Kr. (20 Erwachsene und 1608 Kinder) verpflegt, von denen 996 starben, und zwar 957 nach der Tracheotomie.

Der Einfluss des *Lebensalters* auf den Verlauf der Diphtherie konnte in 4127 Fällen beobachtet werden. Bei den Kranken der medicinischen Abtheilung sank die Sterblichkeit vom 1. bis zum 10. Lebensjahre, und zwar derart, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Jahren mit zunehmendem Alter kleiner wurden. Vom 10. zum 11. Jahre zeigte die Mortalitätcurve einen steilen Abfall. In der chirurgischen Station beobachtete man bis zum 5. Jahre einen Niedergang der Sterblichkeit, dann wieder ein Ansteigen. Nur im 9. Jahre wurde wieder der niedrige Stand des 5. Lebensjahres erreicht. Im Vergleiche zur medicinischen Station ergab sich ein immer ungünstigeres Sterblichkeitverhältniss mit zunehmendem Alter. Was den Einfluss der *Constitution* auf den Verlauf anlangt, so beobachtete Gl. an 1060 Erwachsenen und 782 Kindern, dass constitutionelle Einflüsse bei Erwachsenen eine grössere Rolle spielen als bei Kindern. Der *Beginn der Behandlung* war insofern von Belang, als die Sterblichkeit vom frühesten bis zum 4. und 5. Tage der Aufnahme zunahm. Für die nächsten beiden Tage machte sich wieder ein Rückgang geltend. Die „Serumstatistiken" haben nach Gl. günstigere Zahlen aufzuweisen, da sie mehr leichte Erkrankungen umfassen und da zur Serumbehandlung jedenfalls mehr Kranke frühzeitig in Hospitalpflege gelangen. Einen bestimmten *Fiebertypus* erkennt Gl. Heubner gegenüber bei der Diphtherie *nicht* an. Bei Erwachsenen fand er, dass im Anfange die Höhe des Fiebers dem schwereren Verlaufe entsprach. Bei den Kindern der chirurgischen Station, die fast sämmtlich tracheotomirt wurden, lag die höhere Sterblichkeit jederzeit auf der Seite des höheren Temperaturmaximum. Wie bei den Erwachsenen, so war auch bei den operirten Kindern bei längerer Fieberdauer die Sterblichkeit geringer. Das gleiche Verhältniss wiesen die Kinder der medicinischen Station auf, allerdings nicht in so gesetzmässiger Weise. Die Unterschiede zwischen der procentualen Sterblichkeit bei höheren und geringeren Temperaturen von Erwachsenen, Kindern der medicinischen und Kindern der chirurgischen Station verhielten sich wie 1:3.5:5. Da man nicht vorhersagen kann, wie lange das Fieber dauern wird, da andererseits die Gefahr mit längerer Dauer des Fiebers abnimmt, so erlaubt, wie Gl. weiter ausführt, die Höhe der Temperatur keine prognostischen Schlüsse. *Albuminurie* hatten 14% der Erwachsenen, 23% der Kinder von der medicinischen und 32% der Kinder von der chirurgischen Station. Gl. glaubt, aus seinen Tabellen „ein gewisses, wenn auch nicht sehr constantes Verhältniss" zwischen der Häufigkeit der Albuminurie und der Höhe der Mortalität bei der jeweiligen Epidemie erkennen zu können. Die *Ablösung der Beläge* erfolgte bei den Kindern am häufigsten am 7. Tage, bei den Erwachsenen am 5. Tage. Diese Thatsache führt Gl. besonders gegen Heubner an, der fand, dass die Abstossung der Beläge meist am 8. oder jenseits des 8. Tages, bei Verwendung von Heilserum aber am häufigsten am 6. Tage erfolgt. Bei einer grossen Anzahl von Kindern liess sich feststellen, dass mit der Dauer der Beläge die Anzahl der Heilungen zunahm.

Gl. hat, um einen objektiven Maassstab für die Schwere der Erkrankungen zu erhalten, diese nach Maassgabe der verschiedenen befallenen Oertlichkeiten und unter Berücksichtigung der Albuminurie geordnet. Im Allgemeinen soll ein Parallelismus zwischen Ausbreitung des örtlichen Processes, bez. Auftreten der Albuminurie und Schwere der Erkrankung bestehen. Von diesem Gesetze lassen sich aber aus den Tabellen so viele Ausnahmen herausrechnen, dass seine Anerkennung, falls grössere Zahlen vorlägen, bedenklich erscheinen möchte. So fand Gl. z. B. die geringere Sterblichkeit bei den Erwachsenen *ohne Albuminurie*, wenn gleichzeitig Rachen und Kehlkopf ergriffen waren. Ebenso hatten Kinder, bei denen Albuminurie fehlte, aber

gleichzeitig Rachen und Nase ergriffen waren, eine *niedrigere Sterblichkeit* als solche mit einfacher Rachendiphtherie. Erwachsene mit Nasen-Rachendiphtherie hatten bei Gegenwart von Albuminurie die geringere Sterblichkeit. Ein ähnliches Verhältniss boten Kinder mit Nasen-Rachendiphtherie, bez. mit Nasen-Rachen-Kehlkopfdiphtherie dar! Kinder, bei denen der Kehlkopf ergriffen war, namentlich tracheotomirte, zeigten einen günstigeren Verlauf bei Betheiligung der Nieren. *Sepsis* trat in den verschiedenen Jahren verschieden häufig und stark auf. Morbidität und Mortalität der Sepsis standen vielfach in einem umgekehrten Verhältnisse. Die Stärke der *Drüsenschwellungen* steht im Verhältnisse zur Ausdehnung des Exsudates. Prognostisch ungünstig erscheint Gl. eine gleichmässige, diffuse, periglanduläre Schwellung. *Tracheotomirt* wurden 1768 Kr. mit 63°/₀ Mortalität, darunter 29 Erwachsene (mit 79.3°/₀ Mortalität). Die Sterblichkeit der Operirten schwankte in den einzelnen Jahrgängen ganz erheblich, bis zu 40°/₀. Verderblich war der Einfluss der Sepsis. Die Anzahl und Mortalität der Tracheotomien entsprach nicht immer der Ausbreitung und Schwere der Epidemie. Bezüglich des Alters zeigte sich ein Abfall der Sterblichkeit vom 1. zum 5. Lebensjahre, alsdann wieder ein steiler Anstieg im 6. Jahre, ein geringer Abfall im 7. und 8. und eine Zunahme vom 10. Jahre an. Ein Anhalt für die günstigere Prognose bei frühzeitiger Operation ergiebt sich aus den vorliegenden Zahlen nicht ohne Weiteres.

Innerhalb des Krankenhauses erkrankten in dem Zeitraume von 20 Jahren 24 Personen. 66 Kr. der medicinischen Station hatten bereits früher einmal Diphtherie durchgemacht. Rückfälle wurden 6mal bekannt. Mittelohrentzündung kam 17mal zur Beobachtung; Lähmungen wurden in 151 Fällen festgestellt. Zu diesen Zusammenstellungen fügt Gl. eine Uebersicht der Sektionbefunde, einen historischen Ueberblick über die verschiedenen Behandlungsarten, die in Anwendung kamen. Gl. selbst ist ein Gegner der örtlichen und, wie er in breiter Ausführung darthut, auch der Serumbehandlung. Seine Kranken bekommen zunächst ein Abführmittel, darauf Eiscravatte, Eisstückchen zum Schlucken und kräftige Nahrung. Dazu kommen unter Umständen ein Spray mit Kochsalz- oder Borsäurelösung, Ausspülung der Nase. Die Immunisirung gegen Diphtherie verabscheut Gl. natürlich gründlich wie Alles, was von den verhassten Bakteriologen stammt.

Der ausführlichen Arbeit sind eine grosse Anzahl von Curven und Tabellen beigegeben.

Die Diphtheriefälle im Laufe des Jahres 1894 im städtischen Krankenhause r. I. Ref. Ass.-Arzt. Dr. Rogler. (Ann. d. städt. allg. Krankenh. zu München p. 267. 1896.)

R. theilt die Krankengeschichten der 14 von ihm beobachteten Diphtheriekranken mit, von denen 6 starben, 6 genasen, 1 ungeheilt entlassen wurde. 3 Kr. gingen an absteigendem Croup, 2 an Herzlähmung zu Grunde; 1 Kr. erlag einem Wunderysipel. Die Tracheotomie wurde 7mal ausgeführt, 3mal ohne Erfolg. 4 Kr. erhielten Heilserum. (1 Todesfall, 1mal ausgebreitete Lähmung.)

La diphthérie à Saint-Dénis d'octobre 1895 à février 1896; par L. E. Dupuy. (Progrès méd. 3. S. IV. 27. 1896.)

Die in St. Dénis während des Winters 1895 bis 1896 beobachtete Diphtherie-Epidemie umfasste 50 Fälle, von denen die Mehrzahl (42) auf den December 1895 und Januar 1896 kam. 40 Kr. wurden im Spitale behandelt und sammt dem Pflegepersonale streng abgesperrt so lange, als die bakteriologische Untersuchung Bacillen erkennen liess. 16 Kr. waren leicht, 11 mittelschwer, 13 schwer ergriffen. Die Sterblichkeit (Serumbehandlung) betrug 15°/₀. Die 6 Verstorbenen kamen hoffnungslos zur Behandlung.

Die Diphtherie trat an verschiedenen, weit von einander entfernten Stellen der Stadt auf. Krankheitherde, von denen aus die Seuche sich weiter verbreitete, konnten nicht entdeckt werden. Die Krankheit schien von aussen her in die Wohnungen der Arbeiterbevölkerung eingeschleppt zu sein. Das rasche Schwinden der Epidemie ist nach D. zu verdanken der streng durchgeführten „hygieinischen Prophylaxe“, der Desinfektion der Kranken und ihrer Gebrauchsgegenstände und der Serumbehandlung.

Diphtheria; by Alfred Hill. (Lancet Sept. 12. 1896.)

In Birmingham hat die Diphtherie seit dem Jahre 1895 erhebliche Fortschritte gemacht. H. bespricht die verschiedenen Umstände, die dafür verantwortlich gemacht werden könnten, und die Mittel zur Abwehr. Neues bringt er nicht.

A discussion on diphtheria in town and country. 64. annual meeting of the Brit. med. Association. (Brit. med. Journ. Aug. 22. 1896.)

Nach den Erhebungen von Thresh zeigt die Statistik (in Essex) nur, dass die Vertheilung der Diphtherie auf Stadt und Land keine einfache Erklärung zulässt. Der Einfluss der dichten Bevölkerungscentren auf die dünnere umgebende Landbevölkerung wird durch die Statistik nicht klar gestellt. Schulbesuch [!], Bodenbeschaffenheit, Wasserversorgung, Beschleussung scheinen für die verschiedene Vertheilung nicht von Einfluss zu sein. Der Einfluss der Witterung auf die Ausbreitung der Krankheit ist zweifelhaft. Schlechtes Wetter bringt den Organismus unter Bedingungen, die der Ansiedelung des Diphtheriebacillus günstig sind. Dixey's statistische Angaben über den Verlauf der Diphtherie in London im Jahre 1895 und 1896 gipfeln in der Erklärung, dass die Abnahme der Todesfälle im Jahre 1895 der Serumbehandlung zu verdanken sei. Die übrigen Befunde bestätigen nur schon früher Erkanntes. (Einfluss der Jahreszeiten, des Schulbesuches. Verhältniss zwischen Croup und Diphtherie.)

Zwei Fälle von Lähmung nach Diphtherie; von Dr. Schlick. (Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München p. 61. 1896.)

Sohl. theilt aus der v. Ziemssen'schen Klinik ausführlich die Krankengeschichten zweier Jünglinge mit, die an ausgebreiteten postdiphtherischen Lähmungen litten und genasen. Daran knüpft Sohl. Betrachtungen über das Wesen und die anatomische Grundlage der diphtherischen Lähmungen, ohne dabei zu neuen Gesichtspunkten zu gelangen. Einen Beweis für den peripherischen Charakter der Lähmungen sieht Sohl. darin, dass zuerst die unteren, später die oberen Extremitäten ergriffen werden. In der längeren Leitungsbahn sollen sich Widerstände für den Willensimpuls zuerst geltend machen. Ueber die Gaumenlähmung, die doch meist zuerst aufzutreten pflegt, lässt er sich nach dieser Richtung hin nicht aus.

Ueber die feineren Veränderungen am Nervensystem eines Falles von postdiphtherischer Lähmung; von Dr. Geyer. Arbeiten aus d. Klinik f. Kinderkrankheiten an d. Univ. Berlin. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 1. p. 83. 1896.)

G. giebt die Krankengeschichte und den Sektionsbefund eines an verbreiteten postdiphtherischen Lähmungen verstorbenen 8jähr. Mädchens wieder. Er hat einzelne Muskeln, das Rückenmark, verlängerte Mark und verschiedene peripherische Nerven mikroskopisch untersucht. An den Muskeln fand er gleichmässig verbreitet (am häufigsten im Zwerchfell) Fasern, die ihre Querstreifung „nur eine Spur eingebüsst haben", daneben unregelmässig angeordnet solche (im Zwerchfell im Verhältniss 1 : 7) mit kaum sichtbarer Querstreifung. Diese liessen deutlich albuminöse feinste Trübung und molekuläre fettige Entartung erkennen. Die peripherischen Nerven (NN. vagi, phrenici, crurales, ischiadici, Plexus brachiales) zeigten Veränderungen von verschiedener Stärke. Im Plexus brachialis fand G. Zerfall der Markscheiden und körnige Auflösung der Achsencylinder. Die Zerfallprodukte fanden sich ungleichmässig gruppenweise vertheilt. Auf 15 normale Fasern kam etwa eine erkrankte. Ausgedehntere Zerfallerscheinungen fanden sich an den NN. crurales: Zerfall der Markscheiden, leere Schwann'sche Scheiden, Andeutungen regenerativer Wucherung, körnig zerfallene Achsencylinder (im Verhältniss 1 : 5 bis 1 : 7). Auch hier findet der Zerfall an ein und derselben Faser fleckweise statt. Nirgends sind Formen, die auf die Bezeichnung „chronische Entzündung" Anspruch machen können. Aehnlich sind die Veränderungen an den NN. ischiadicis, noch stärker an den NN. phrenicis und vagis. Bezüglich der feineren Einzelheiten muss auf das Original verwiesen werden. Am Rückenmarke bestand im Gegensatze zu den Hinterhörnern in den Vorderhörnern starke Hyperämie. An einzelnen Ganglienzellen war das Protoplasma feinkörnig getrübt, an einigen daneben die Kernstruktur verwischt. In einzelnen Zellen erschienen die Ausläufer geschwellt. An den Pyramiden-Vorder- und Seitensträngen waren keine Veränderungen vorhanden. Die hinteren Wurzeln zeigten einzelne Fasern mit Zerfall der Markscheide. Das Ganglion intervertebrale war unversehrt.

Für die starke Ataxie, das Schwinden der Patellarreflexe vor Eintritt der vollständigen Lähmung, wie sie der Kr. darbot, gab die anatomische Untersuchung keine sichere Grundlage. Vielleicht waren feine, wenig anatomisch nachweisbare Veränderungen in der grauen Substanz und im Grosshirn die Ursache der Unterbrechung des Reflexbogens und der Sensibilitätsstörungen.

Diphtheritic hemiplegia; by John Jenks Thomas. (Amer. Journ. of med. Sc. CXI. 4. p. 384. April 1896.)

Th. stellt zunächst 28 Fälle von Hemiplegie im Verlaufe von Diphtherie aus der Literatur zusammen, denen er 2 eigene Beobachtungen hinzufügt. In beiden Fällen (1mal rechtseitige, 1mal linkseitige Hemiplegie) muss eine Cirkulationstörung im Gebiete der inneren Kapsel angenommen werden, über deren Natur nichts Bestimmtes ausgesagt werden kann. In den nunmehr bekannten 30 Fällen diphtherischer Hemiplegie war die Ursache 7mal eine Blutung, 10mal eine Embolie. In den übrigen Fällen war die Ursache unbestimmt. In 3 Fällen trat der Tod ein, in 2 Fällen Genesung. In 19 Fällen blieb die Lähmung bestehen, in den übrigen ist über den Verlauf nichts Näheres bekannt. Schliesslich erwähnt Th. noch eine hierher gehörige Beobachtung von Jacobsohn.

Ueber einen Fall von Pyämie in Folge akuter eitriger Mittelohrentzündung nach Diphtheritis; von Dr. E. Rimini. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 27. 1896.)

3½jähr. Kind mit leichter, nicht septischer Diphtherie. Am 6. Tage Einspritzung von *Behring*'schem Serum. 10 Tage später fieberhafter Ausschlag. Nach 2 weiteren Tagen rechtseitige, nach abermals 2 Tagen linkseitige Otitis media. Beiderseits spontane Perforation des Trommelfells. Zugleich Schüttelfröste, multiple Gelenkeiterungen. Tod. Klinische und anatomische Diagnose: Pyämie. Sektion des Schläfenbeins: Dura-mater normal; im Sinus transversus, petrosus sup. und inf. flüssig-schwarzes Blut. Mittelohr und Antrum, äusserer Gehörgang mit dickem Eiter erfüllt. Zellen des Warzenfortsatzes normal. Trommelfell rechts mit kleiner Perforation, links fast ganz zerstört. Im Eiter mikroskopisch Kokken.

An die Mittheilung schliesst R. einige Bemerkungen über das Zustandekommen der Pyämie bei akuter eitriger Mittelohrentzündung.

Pneumonia as a complication of diphtheria in children; by Henry W. Barg. (New York med. Record XLIX. 11. p. 365. March 14. 1896.)

Pneumonie kann zu jeder Form von Diphtherie treten. Sie kann entstehen durch Fortsetzung des diphtherischen Processes von den oberen auf die feineren unteren Luftwege, durch Aspiration von Membranstückchen oder Nahrung (Schluckpneumonie) und endlich, was am wichtigsten ist, durch Streptokokken-Infektion. Die Streptokokken vermögen sich in der durch das Diphtheriegift vorbereiteten Lunge leicht anzusiedeln. B. hat Anhaltepunkte dafür, dass diese Pneumonien übertragbar sind. Sie kommen häufiger bei operirten Kranken vor. Masern scheinen ihre Entstehung zu begünstigen, ebenso schlechte hygieinische Verhältnisse. Anatomisch unterscheidet B. 4 Formen der die Diphtherie begleitenden Lungenentzündung: 1) Bronchopneumonie, entstanden aus Bronchialcroup, 2) Bronchopneumonie, die die Diphtherie begleitet, aber nicht fortgeleitet ist, 3) lobäre Pneumonie, 4) gangränöse Pneumonie. Weiter bespricht B. die klinischen Erscheinungen und die Prognose der in Rede stehenden Erkrankung und zum Schlusse ihre Behandlung. Er fordert die Absperrung der mit Pneumonie behafteten Diphtheriekinder, gut gelüftete, nicht überhitzte Krankenzimmer; vorsichtige Ernährung der operirten Kranken (zur Verhütung der Schluckpneumonie). Die erkrankten Kinder sollen Sauerstoff einathmen, in eiskalte Compressen eingepackt, kräftig ernährt werden. Von Medikamenten empfiehlt B. die Herztonica, vor Allem das Heilserum. Grosse Hoffnung setzt er auf die Anwendung von Antistreptokokken-Serum.

Suppuration of the thyroid gland following diphtheria; by Roland S. Lindsay. (Philad. Policlin. V. 15. p. 146. April 11. 1896.)

Ein 11jähr. Mädchen bekam 3 Wochen nach einer Erkrankung an Diphtherie entzündliche Anschwellungen der Unterkieferdrüsen und nach einer weiteren Woche beider Ohrspeicheldrüsen. 6 Wochen später trat eine Entzündung der Schilddrüse mit Ausgang in Eiterung auf. Eröffnung. Genesung.

A new treatment of diphtheria — the intravenous injection of mercuric chlorid. A therapeutic suggestion; by Walter W. Pyle. (Med. News LXIX. 3. p. 61. July 18. 1896.)

P. empfiehlt die intravenöse Einspritzung einer 1prom. Sublimatlösung zur Behandlung der Diphtherie.

Ueber Halsdiphtheritis; von San.-R. Dr. Schneider in Oppeln. (Memorabilien XL. 3. 1896.)

Sch. stellt eine Anzahl von Verlaufsarten der Diphtherie auf und für jede von ihnen eine besondere vielseitige medikamentöse Behandlung. Weder die klinischen Schilderungen, noch die therapeutischen Vorschläge könnten eine Empfehlung des Aufsatzes rechtfertigen.

Mittheilungen über den Erfolg der Diphtheritisbehandlung mit Schwefel in Verbindung mit chlorsaurem Kali; von Dr. Pressel. (Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 17. 1896.)

Pr. hatte sehr gute Erfolge bei der Behandlung der Diphtherie mittels Kal. chloricum (innerlich) und 5mal täglich vorgenommenen Einblasungen von Sulfur sublim. crud. Seit Anwendung dieser Medikation sank die Sterblichkeit der herrschenden Epidemie wie mit einem Schlage beträchtlich ab (bis auf 1.2%).

Aehnliche Erfahrungen machte Schliephake in Ludwigsburg (Sterblichkeit 2.8%).

Diphtheritis und Cellulartherapie; von Dr. Franz Neumayer. (München 1896. J. F. Lehmann. 12 S. mit 1 Tafel. 1 Mk.)

N. behandelt die Diphtherie mit Gurgelungen und Einspritzungen in die Nase oder Bepinselungen mit einer zur Hälfte oder zu gleichen Theilen verdünnten Flüssigkeit, die auf 800 g Eibischthee 10—15 g chlorsaures Kali in 150—200 g Kalkwasser gelöst enthält. Diese Flüssigkeit ahmt, wie er in einer aus 6 Thesen bestehenden theoretischen Auseinandersetzung darthut, die Naturheilung nach. Die „Methode“, die nach N.'s Ansicht der Serumbehandlung überlegen ist, wird als eine Cellulartherapie bezeichnet. Man wird nun von N. verlangen können, dass er alles Das, was er behauptet, auch beweist. Die 9 auf einer Tafel verzeichneten recht wenig besagenden Figuren und das sehr umfängliche Literaturverzeichniss dürften dazu kaum ausreichen.

Intubation of the larynx in diphtheria with report of twenty-five cases; by Melvin M. Franklin. (Med. News LXIX. 4. p. 90. July 25. 1896.)

Fr. intubirte 25 Kranke, von denen 3 starben. An die tabellarisch zusammengestellten Beobachtungen knüpft Fr. einige Bemerkungen über die Technik und Nachbehandlung der Intubation.

Brückner (Dresden).

99. Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie der Verdauungsorgane. (Vgl. Jahrbh. CCXLIX. p. 41.)

I. Mund und Speiseröhre.

1) *Neue Beiträge zur Bedeutung der Mundverdauung;* von Dr. Georg Sticker in Giessen. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 24—26. 43. 1896.)

2) *Ueber die Intensität der Mundverdauung bei Gesunden und Magenkranken;* von Dr. Fritz Burger. (Ebenda 10.)

3) *Lehrbuch der inneren Medicin für Studirende und Aerzte;* von Prof. Richard Fleischer. II. Bd. 2. Hälfte. 1. Abtheil. Krankheiten der Speiseröhre, des Magens u. Darms. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. S. 709—1389.

4) *Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates,* mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. I. Theil. Krankheiten der Speiseröhre u. des Magens; von Dr. Th. Rosenheim. 2. gänzlich umgearbeitete u. erweiterte Aufl. Wien u. Leipzig 1896. Urban u. Schwarzenberg. 603 S.

5) *Die Untersuchung der Speiseröhre (Oesophagoskopie);* von Prof. Karl Störk. Wien u. Leipzig 1896. Wilhelm Braumüller. Gr. 8. 24 S.

6) *Ueber die Technik der Oesophagoskopie;* von Prof. v. Hacker. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 6. 7. 1896.)

7) *Mittheilung zur Benutzung des Oesophagoskopes;* von Dr. Georg Kelling in Dresden. (Allgem. med. Centr.-Ztg. LXIV. 7. 1896. — Arch. f. Verdauungskrankheiten II. 3. p. 321. 1896.)

7a) *Zur Behandlung des Divertikels der Speiseröhre;* von Dr. Berkhan. (Mittheil. aus den Grenzgebieten u. s. w. I. 3. p. 386. 1896.)

8) *Ueber eine neue Form von Oesophagustuberkulose;* von Dr. Adolf Glockner. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 11—13. 1896.)

9) *Ueber die Magenfunktionen bei Oesophaguscarcinom;* von Dr. S. Mintz in Warschau. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 3. 1896.)

10) *Epithelioma of the oesophagus at the level of the third dorsal vertebra; ulceration and rupture into the aorta, a month after gastrostomy was performed;* by David Newman. (Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 321. Nov. 1896.)

10a) *Ein Fall von primärem Oesophaguscarcinom, interessant durch seltene sekundäre Erscheinungen;* von Dr. Ludwig Heymann. (Annalen d. städt. allgem. Krankenhäuser zu München. München 1896. J. F. Lehmann. p. 87.)

11) *Ein Fall von röhrenförmiger Abstossung der Oesophagusschleimhaut nach Schwefelsäure-Vergiftung;* von Dr. Curt Horneffer. (Virchow's Arch. CXLIV. 2. p. 405. 1896.)

Sticker (1) hat sich bereits in früheren Arbeiten mit der vielfach vernachlässigten *Mundverdauung* beschäftigt und liefert neue Beiträge, die für manche Frage der Magenpathologie von Bedeutung sind.

1) *Schwefelwasserstoffentstehung durch Speichelwirkung.* Es giebt in unseren Nahrungs- und Genussmitteln zwei Quellen für Schwefelwasserstoffbildung: faulendes Eiweiss und gährende oder sich auf ähnliche Weise zersetzende Küchenkräuter. Diese zweite Quelle ist oft übersehen worden. Aus Zwiebeln, Knoblauch, Radieschen, Rettig, Senf bildet sich leicht und reichlich Schwefelwasserstoff, und zwar nicht durch die Einwirkung des Magensaftes, sondern durch den Speichel, im Besonderen durch die Thätigkeit des Ptyalin. St. glaubt,

dass mancher Fall von „autochthoner Schwefelwasserstoffbildung im Magen“ auf diese zweite Quelle zurückzuführen sein möchte.

2) *Ammoniak im Speichel.* Auch hier führt St. eine häufig dem Magen zugeschriebene Thätigkeit auf die Mundverdauung zurück. Ammoniak kommt seiner Ueberzeugung nach *normaler Weise* weder aus den Speisen, noch durch den Magensaft in den Magen, sondern einzig und allein mit dem Speichel, dessen regelmässiger Bestandtheil es ist.

3) *Mundverdauung und Milchsäurebildung.* Als Drittes gehört auch die Milchsäurebildung in der Hauptsache der Mundverdauung an. Der Speichel selbst bildet keine Milchsäure, er wandelt aber das Amylum derart um, dass die Bakterien des Mundes mehr oder weniger reichliche Milchsäure aus ihm bilden können. Im Magen wird diese Milchsäure sehr bald resorbirt und nur, wenn die Resorption gestört ist und wenn der motorisch und sekretorisch schwache Magen die im Munde begonnene chemische Umsetzung ungestört weiter gehen lässt, kommt es zur Bildung und Anhäufung sehr grosser Milchsäuremengen.

Endlich geht St. noch einmal auf seine und Biernacki's (Jahrbb. CCXXXVIII. p. 32) Untersuchungen über die Bedeutung der Speichelthätigkeit für die Magenverdauung ein. Dass diese Bedeutung eine sehr grosse ist, darüber kann kein Zweifel bestehen; die Art und Weise, in der B. sie zu erklären versucht hat, hält St. für falsch. Eine richtige Erklärung giebt es noch nicht. Etwas sehr Auffallendes fand St. bei seinen neuerlichen Untersuchungen, eine starke Behinderung der Amylolyse in krebskranken, schwach absondernden Mägen.

Auch die Arbeit von Burger (2) ist unter Sticker's Anleitung ausgeführt worden. Sie kommt zu dem Ergebniss, dass die Mundverdauung im Grossen und Ganzen von Störungen der Magensekretion unabhängig ist.

Fleischer (3) behandelt in seinem Buche, auf das wir weiter unten noch zu sprechen kommen, die *Krankheiten der* **Speiseröhre** ziemlich kurz. Nur das Wichtigste wird angeführt, die Neurosen sind doch wohl etwas gar zu schlecht weggekommen.

Eine sehr ausführliche Bearbeitung der *Speiseröhren-Anatomie* und *-Pathologie* giebt Rosenheim (4) in der 2. Auflage seines schnell bekannt gewordenen Werkes (die 1. Aufl. haben wir Jahrbb. CCXXXIII. p. 151 angezeigt). Er hat gerade diesen Theil ganz besonders gründlich durchgearbeitet und erweitert, „da es zur Zeit eine erschöpfende moderne Bearbeitung dieses Gegenstandes in der Literatur nicht giebt“. Besonderen Werth legt R. auf die Oesophagoskopie, die er mit Abbildung der nöthigen Apparate eingehend beschreibt. Die verschiedenen Formen der Entzündung und Geschwüre werden ausführlich besprochen. Oesophagusgeschwülste und -Stenose fasst R. in ein Capitel zusammen. Ein weiteres Capitel umschliesst: Erweiterungen, Divertikel, Perforation, Soor, Blutungen, Neurosen.

Störk (5) wahrt seine Rechte bez. der *Oesophagoskopie,* mit der er bereits in den sechziger Jahren, bald nach Einführung der Laryngoskopie, begonnen hat, und deren Vereinfachung und Verallgemeinerung er sich mehr und mehr zur Aufgabe macht. Er beschreibt seine Oesophagusrohre, ihre Einführung und Durchleuchtung (mit Abbildungen) sehr anschaulich und meint, dass die ganze Procedur sehr leicht ausführbar und auch am sitzenden Kranken bei der nöthigen Vorsicht ganz ungefährlich sei.

v. Hacker (6), der sich ebenfalls seit Jahren mit der Oesophagoskopie eingehend beschäftigt, führt dem sitzenden Kranken ein starres, gerades Rohr ein und legt ihn dann flach auf den Rücken mit über der Tischkante herabhängendem Kopf. Rosenheim (4) empfiehlt diese Methode ebenfalls, führt unter Umständen das Oesophagoskop aber auch gleich dem flach mit etwas herabhängendem Kopfe daliegenden Kranken ein. Kelling (7) giebt einige Verbesserungen an und räth, nicht zu ängstlich mit einer vorsichtigen Chloroformnarkose zu sein, die dem Kranken und dem Arzt die Oesophagoskopie wesentlich erleichtert. K. berichtet auch über unangenehme Folgen der Oesophagoskopie, die zum guten Theile auf unsere unvollkommenen Instrumente zurückzuführen sind. Man müsste ein Rohr haben, das gekrümmt eingeführt und dann gestreckt werden könnte.

Berkhan (7a) erinnert daran, dass er schon im Jahre 1889 mit bestem Erfolge versucht hat, an *Oesophagusdivertikeln* mit einem an der Spitze leicht abgebogenen Schlundrohr vorbeizukommen; er ergänzt die damals mitgetheilte Krankengeschichte und spricht seine Verwunderung darüber aus, dass sein Vorschlag unbeachtet geblieben ist. Die in unserer letzten Zusammenstellung erwähnte Mittheilung von Kelling (Jahrbb. CCXLIX. p. 42) ist B. entgangen. Rosenheim (4) führt B.'s Divertikelbehandlung ganz besonders an.

Der Oesophagus kann *tuberkulös* erkranken von aussen, am häufigsten von den peribronchialen und mediastinalen Lymphdrüsen her, oder von innen her, sei es, dass die Tuberkulose sich vom Rachen aus auf die Speiseröhre fortsetzt, oder dass ihre Schleimhaut tuberkulös inficirt wird. Für alle 3 Formen führt Glockner (8) aus der Literatur Beispiele an. Weitaus am seltensten ist die auf „hämatogenem“ Wege entstandene Oesophagustuberkulose als Theilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose. Hierfür bringt Gl. aus dem pathologischen Institut der deutschen Universität zu Prag einen Fall bei, an dem es ganz besonders beachtenswerth ist, dass lediglich die Muscularis betroffen war, während Mucosa, Submucosa und periösophageales Gewebe vollkommen frei geblieben waren.

Mintz (9) hat Gelegenheit gehabt, bei Kranken mit *Oesophaguskrebs* den Magen zu untersuchen, und kann die mehrfach ausgesprochene Behauptung, die Magenthätigkeit werde arg geschädigt, nicht bestätigen. Sie scheint unter Umständen lange Zeit ganz unbeeinträchtigt zu bleiben.

Die Besonderheiten des Newman'schen Falles (10) gehen aus der Ueberschrift hervor.

Interessanter ist der sehr ausführlich beschriebene Fall von Heymann (10a).

Ein 49 Jahre alter Mann starb an einem sehr ausgedehnten *Oesophaguskrebs* und bot neben einer sekundären Carcinose sämmtlicher Lymphdrüsen vom Halse bis zur Lendenwirbelsäule, namentlich auch der bronchialen und retroperitonäalen Drüsen, als sehr seltenen Befund Krebsknoten in beiden Schilddrüsenlappen dar, von denen H. meint, dass sie auf dem Wege der Lymphbahnen entstanden seien. Während des Lebens des Kr. war neben anderen Erscheinungen namentlich eine Recurrenslähmung auffallend, die merkwürdiger Weise gegen das Ende der Krankheit hin besser wurde.

Der 20jähr. Kr., über den Horneffer (11) aus dem pathologischen Institut zu Greifswald berichtet, warf am 7. Tage nach der Schwefelsäurevergiftung einen 32 cm langen nekrotischen Schlauch aus. 2 Tage darauf trat der Tod ein und die Untersuchung ergab, dass die Abstossung der nekrotisirten inneren Oesophagusschichten entschieden nicht die Folge einer reaktiven Entzündung war, sondern wahrscheinlich nur durch die Bewegungen der Speiseröhre entstanden war, ähnlich wie sich die Placenta vom Uterus ablöst.

H. hat 4 ähnliche Fälle in der Literatur gefunden.

II. Magen.

12) *Die Erkrankungen des Magens;* von Prof. F. Riegel in Giessen. I. Theil. Allgemeine Diagnostik u. Therapie der Magenkrankheiten. Wien 1896. Alfred Hölder. 8°. VII u. 331 S. (9 Mk. 60 Pf.)

13) *Ueber die Funktionen des Magens;* von Prof. Moritz in München. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49. 1895.)

14) *Magensekretion unter Nerveneinflüssen. Theorie der Magensekretion;* von Dr. Josef Schneyer. (Wien. klin. Rundschau X. 4. 1896.)

15) *Ueber den osmotischen Druck des Blutplasmas und die Bildung der Salzsäure im Magen;* von Dr. Hans Köppen in Giessen. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXII. 12. p. 567. 1896.)

15a) *Zur Kenntniss der Ursachen der Magensaftsekretion;* von Dr. G. Klemperer. (Charité-Annalen XXI. p. 128. 1896.)

16) *Ueber die Unfähigkeit des Kaninchenmagens, Strychnin zu resorbiren;* von S. J. Meltzer in New York. (Centr.-Bl. f. Physiol. X. 10. 1896.)

17) *Ueber den Einfluss der Körperbewegung auf die Magenverdauung;* von Prof. F. Tangl in Budapest. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXIII. 11 u. 12. p. 545. 1896. — Deutsche Ztschr. f. Thiermed. XXII. 5. p. 392. 1896.)

18) *Untersuchungen über das menschliche Magenepithel unter normalen und pathologischen Verhältnissen;* von Dr. Adolf Schmidt in Bonn. (Virchow's Arch. CXLIII. 3. p. 477. 1896.)

19) *The state of the gastric mucosa in secretory disorders of the stomach;* by Max Einhorn. (New York med. Record XLIX. 26. p. 719. June 27. 1896.)

20) *Mykotisch-peptisches Magengeschwür;* von Prof. C. Nauwerck. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 38. 39. 1895.)

20a) *Ein Beitrag zur Lehre von den Magenmykosen;* von Dr. H. Schmilinsky. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanst. Hamburg u. Leipzig 1896. Leopold Voss. p. 388.)

21) *Case of multiple polypi in the stomach;* by J. Barr Stevens. (Glasgow med. Journ. XLV. 6; p. 422. June 1896.)

22) *Ueber einen Magenstein;* von Dr. Paul Manasse. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 33. 1895.)

23) *Ueber das specifische Gewicht und den Gehalt des Mageninhalts an rechtsdrehender Substanz, sowie über das Verhalten der HCl-Sekretion bei Darreichung von Zuckerlösungen;* von Dr. Hermann Strauss. (Ztschr. f. klin. Med. XXIX. 3 u. 4. p. 221. 1896.)

24) *Die Rolle der Salzsäure bei der Pepsinverdauung;* von Gürber. (Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 5. 1895.)

25) *Eine Methode der quantitativen Salzsäurebestimmung im Magensaft;* von Dr. W. v. Moracewski. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 2. 1896.)

26) *Zur Beurtheilung des Mageninhaltes in Bezug auf Säuregehalt und Gährungsprodukte;* von G. Hoppe-Seyler. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 50. 1895.)

26a) *Ueber die Salzsäurebestimmung im Mageninhalte nach Töpfer, nebst Bemerkungen über die Sjöquist'sche und Braun'sche Methode;* von Dr. Paul Hári. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 2. p. 182; 3. p. 332. 1896.)

27) *Ueber den Mechanismus der Gasgährungen im Magen;* von Dr. Manfred Bial. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 3. 1896.)

28) *Ueber eine Modifikation der Uffelmann'schen Reaktion zum Nachweis der Milchsäure im Mageninhalt;* von Dr. Hermann Strauss. (Ebenda XXXII. 37. 1895.)

29) *Ueber Vorkommen, Nachweis und diagnostische Bedeutung der Milchsäure im Mageninhalte;* von Dr. R. Stern in Breslau. (Fortschr. d. Med. XIV. 15. 1896.)

30) *Der Nachweis der Milchsäure und ihre klinische Bedeutung;* von Dr. J. H. de Jong. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 1. p. 53. 1896.)

31) *Zur Kenntniss vom Verhalten des Pepsins bei Erkrankungen des Magens;* von Dr. Bruno Oppler in Breslau. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 5. 1896. — Arch. f. Verdauungskrankh. II. 1. p. 40. 1896.)

32) *Die Diagnose der Veränderungen von Gestalt, Lage und Beweglichkeit des Magens in Fällen, bei denen intragastrische Instrumente nicht anwendbar sind;* von Boardman Reed. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 43. 1896. — New York med. News LXVIII. 3. 1896.)

33) *L'examen extérieur de l'abdomen chez les dyspeptiques;* par Albert Mathieu. (Gaz. des Hôp. LXIX. 87. 1896.)

34) *Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Sondenpalpation;* von Dr. J. Boas in Berlin. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 6. 1896.)

35) *Ueber Sondenpalpation und die Lage des Magens;* von Dr. H. Schmilinsky. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 2. p. 215. 1896.)

36) *Die Metallschlauchsonde im Dienste der klinischen Diagnostik, insbesondere des Magen-Darmkanals;* von Dr. Franz Kuhn in Giessen. (Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 37. 39. 1896.)

37) *Ueber Gastroskopie;* von Dr. Theodor Rosenheim. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 13—15. 1896.)

Die Besprechung der *Magenkrankheiten* in dem Buche Fleischer's (3) ruht in der Hauptsache auf den von Leube festgestellten Grundsätzen. Dabei werden aber die neueren und neuesten Errungenschaften vollauf berücksichtigt, ja sie werden unserer Ansicht nach überschätzt; ein Fehler, dem man in der neueren Magenliteratur immer wieder begegnet.

Fl. beginnt mit einer umfangreichen geschichtlichen und allgemeinen Einleitung und geht dann auf Physiologie und Hygieine des Magens und der

Ernährung ein. Bei der Diagnostik empfiehlt er zur Probemahlzeit Milch. Der Magensaft dient hauptsächlich zur Eiweissverdauung, man muss ihn also auch mit Eiweiss prüfen. Aber man soll nicht zu viel Milch nehmen. Nicht wie Klemperer vorgeschlagen hat, 500, sondern 120 bis 150 g. Will man auch etwas über die Stärkeverdauung wissen, so füge man Weissbrod in kleinen Mengen hinzu. Bei den Krankheiten des Magens bespricht Fl. gesondert die verschiedenen Formen der akuten und chronischen Entzündung, das Geschwür, den Krebs, widmet der Magenerweiterung ein eigenes Capitel und fasst Alles, was noch übrig bleibt, unter „Neurosen", Sekretion-, Motilität-, Sensibilität-Neurosen zusammen.

Gegen diese Eintheilung liesse sich mancherlei einwenden. Hoffentlich kann das Capitel der „Neurosen" mit der Zeit doch verkleinert oder wenigstens schärfer abgegrenzt und eingetheilt werden. Rosenheim hat damit bereits begonnen, indem er in der neuen Auflage seines Buches (4) die Superacidität und die Supersekretion herausgenommen hat und als besondere Leiden bespricht. Sie können rein nervöser Natur sein, sie sind es aber doch wohl nicht immer.

Ueber Rosenheim's Buch wüssten wir sonst kaum etwas Neues zu sagen. Es ist gründlich durchgearbeitet worden und macht mit seinen klaren Schilderungen denselben vortrefflichen Eindruck wie früher. Die hinzugekommenen Krankengeschichten und das angefügte Literaturverzeichniss sind eine entschiedene Bereicherung.

Riegel's (12) Buch bildet einen Theil der grossen von Nothnagel herausgegebenen speciellen Pathologie und Therapie. R. beginnt mit einer Einleitung, in der er die Anmaassung der HCl-Specialisten in milden (etwas zu milden) Worten dämpft, und bespricht dann die verschiedenen physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden. Eigene kleine Abschnitte handeln von der Einwirkung der Magenkrankheiten auf die Ernährung, das Herz, das Nervensystem, den Harn, das Blut. Den Schluss des vorliegenden I. Bandes bildet eine vortreffliche allgemeine Therapie der Magenkrankheiten.

Wir werden auf R.'s Buch zurückkommen, wenn es vollständig erschienen ist, augenscheinlich wird es sich den besten Theilen der Nothnagel'schen Pathologie an die Seite stellen.

Moritz (13) bespricht die *Aufgaben und Leistungen des Magens* und geht namentlich darauf ein, welch' grosse Bedeutung sie (bez. ihre Störungen) für den Darm haben. Als besonders wesentlich erweist sich immer mehr die Scheidung von Magenkörper und Pylorustheil. Dort werden die Speisen aufgenommen und chemisch verarbeitet; der Pylorustheil besorgt und überwacht die Entleerung in den Darm, d. h. er lässt nichts hindurch, was noch nicht genügend für den Darm vorbereitet ist.

Hayem und Winter haben die Behauptung aufgestellt, die Magendrüsen bildeten nicht, wie man allgemein annahm, fertige Salzsäure, sondern sie schieden nur fixe Chloride aus, aus denen dann mit Hülfe der aufgenommenen Nahrungsmittel Salzsäure entstände. Schneyer (14) hat diese Behauptung in eigenen Versuchen nachgeprüft und kann sie nicht bestätigen. Der Vorgang ist derart, „dass der Reiz der Magenschleimhaut einen Strom von fixen Chloriden aus dem Blute gegen den Magen hin hervorruft und die Drüsenzellen zu ihrer specifischen Thätigkeit anregt, die, dem genannten Strome das Material entnehmend, den wirksamen salzsäurehaltigen Magensaft secerniren".

Eingehender beschäftigt sich mit der *Magensaftbildung* Köppen (15), der von der Bedeutung des Wassers und der Salze für den Körper ausgeht. „Mit den anorganischen Salzen wird dem Organismus Energie zugeführt, welche sich in demselben in Diffusionserscheinungen und Wirkungen des osmotischen Druckes offenbart." Die Körperflüssigkeiten haben ebenso wie Salzlösungen einen bestimmten osmotischen Druck, der sich (namentlich auch für das Blutplasma) mittels des Hämatokriten feststellen lässt. Der osmotische Druck des Blutplasma schwankt nur wenig. Er ist nach dem Mittagessen in Folge der Salzzufuhr erhöht. „Um den Unterschied zwischen dem osmotischen Drucke des Blutplasma und dem des Mageninhaltes (z. B. einer starken Kochsalzlösung) so schnell wie möglich auszugleichen, erfolgt ein Einströmen von Wasser in den Magen und ein Auswandern von Salz in das Blut. *Die Magenwand ist undurchgängig für freie Chlorjonen.* Die Natriumjonen des Kochsalzes tauschen sich aus gegen Wasserstoffjonen des Blutes. Im Magen finden sich sonach freie Chlor- und Wasserstoffjonen, d. h. sein Inhalt giebt die Salzsäurereaktionen. *Der Bildungsort der Salzsäure im Magen ist die Magenwand, der Absonderungsreiz die Gegenwart freier Chlorjonen im Magen.*" Die Drüsen*zellen* bilden nach K. keine Salzsäure, sie entsteht an der Drüsen*wand*, dort, wo den freien Chlorjonen der Austritt aus dem Magen unmöglich, den freien Wasserstoffjonen der Eintritt in den Magen gestattet ist. Dass im Blute freie Wasserstoffjone vorhanden sind, hält K. für zweifellos. Als besonders beweisend für seine Annahmen führt er noch folgende durch den Versuch festgestellte Thatsachen an: „a) trotz Bildung einer Säure bleibt die Zelle alkalisch, b) die Alkalescenz des Blutes wird erhöht, c) bei Abwesenheit freier Chlorjonen im Mageninhalte entsteht keine freie Salzsäure, d) Salzäureinjektion in eine Vene bewirkt keine Salzsäuresekretion im Magen, e) der Salzsäurebildung analog erfolgt im Magen die Bildung anderer Halogensäuren (HBr, HJ) aus den Natrium-, bez. Kaliumsalzen derselben, die in den Magen ein-

geführt wurden, f) nach Kochsalzgenuss wird der Urin vorübergehend alkalisch".

Klemperer (15a) bestreitet die oft aufgestellte Behauptung, es bestände zwischen dem Säuregehalt des Blutes und dem des Mageninhaltes ein festes Verhältniss. Er fand bei einem Diabetiker niedrigen Säuregehalt im Blute, hohen im Magen, bald danach bei einer hoch Fiebernden niedrigen Säuregehalt im Blute und niedrigen im Magen. Die Stärke der Salzsäurebildung im Magen ist unabhängig von der Beschaffenheit des Blutes, „wahrscheinlich ist sie nur durch die anatomische Beschaffenheit der Schleimhaut, sowie durch die Reizung der Drüsennerven bedingt".

Meltzer (16) hat an Kaninchenmägen festgestellt, dass die Schleimhaut Strychnin nicht aufzusaugen vermag, auch nicht in alkoholischer Lösung.

Wird die Magenverdauung durch Körperbewegung gestört oder gefördert. Tangl (17) hat diese viel umstrittene Frage von Neuem in Angriff genommen und beantwortet sie zu Gunsten der Körperbewegung. Er fand, dass bei einem trabenden Pferde in der ersten Stunde nach der Futteraufnahme die Stärkeverdauung wesentlich weiter vorgeschritten war als bei einem ruhig stehenden Pferde. Ueber die weitere Verarbeitung und die Fortschaffung des Genossenen, sowie über die Eiweissverdauung geben seine Versuche keinen Aufschluss.

Aus den *anatomischen Untersuchungen* von Schmidt (18) sei Folgendes hervorgehoben.

Man darf das Magenepithel nicht, wie es oft geschehen ist, dem Darmepithel an die Seite stellen. Beide sind morphologisch, funktionell und entwickelungsgeschichtlich streng von einander verschieden. Im gesunden Magen kommen hier und da („abgesprengte") Darmepithelien vor, aber nur dicht an der Duodenalepithelgrenze. Bei Entzündungen der Magenschleimhaut (abgesehen von starken heftig wirkenden Schädlichkeiten) bleiben die Epithelien der Oberfläche besser erhalten als die Drüsenzellen. Dies gilt namentlich auch für die mit Atrophie verlaufenden chronischen Entzündungen, die inselförmige Herde in sonst wenig veränderten Mägen bilden. Das Magenepithel wird dann in diesen Herden dem Darmepithel auffallend ähnlich; eine Umwandlung, die sich auch in den von Hauser in der Umgegend von Magengeschwüren gefundenen Epithelschläuchen zeigt und deren Wesen und Bedeutung wir noch nicht kennen.

Endlich hält Sch. es für nicht unwahrscheinlich, dass der Gallertkrebs des Magens seinen Ausgang von den in kranken Mägen häufigen Darmepithelschläuchen nimmt.

Einhorn (19) macht darauf aufmerksam, dass man aus der Untersuchung kleiner im Spülwasser gefundener Schleimhautstückchen nicht gleich eine gar zu kühne Diagnose machen dürfe. Pathologisch-anatomische Befunde seien im Magen überhaupt mit einer gewissen Vorsicht aufzunehmen, sie könnten Ursache, aber doch auch Folge einer Sekretionstörung sein.

Böttcher hat zuerst 1874 die Vermuthung ausgesprochen, die *Magengeschwüre* möchten zum Theil *mykotischen Ursprunges* sein. Seine Beweisführung war aber recht schwach und unvollkommen, man liess die ganze Sache fallen. Nach Nauwerck's (20) Ansicht zu Unrecht. Er hat diese Untersuchungen wieder aufgenommen und kann 2 Fälle dafür anführen, dass es hämorrhagische Erosionen giebt, die als mykotische Nekrosen der Magenschleimhaut beginnen. Der Blutaustritt und die bei genügender Lebensdauer sich anschliessende Geschwürsbildung sind nur die natürliche Folge der mykotischen Nekrose. In dem 1. Falle handelte es sich um einen rheumatischen Herzfehler und es liegt danach die Vermuthung nahe, dass die in derartigen Fällen nicht seltenen Magenerosionen und -Geschwüre sämmtlich infektiösen Ursprungs sein möchten. N. stellt den Magen der Niere an die Seite. Beide scheiden nach erfolgter Infektion Gifte und Bakterien aus und können dabei selbst inficirt und geschädigt werden.

Schmilinsky (20a) berichtet in guter Ergänzung der Nauwerck'schen Mittheilung über 3 Fälle von *Magenmykose*.

In dem 1. Falle handelte es sich um Milzbrand, und zwar nach dem starken Befallensein der Schleimhaut und nach dem eigenthümlichen colonnenartigen Verrücken der Bacillen zwischen den Drüsenschläuchen in die tieferen Magenschichten um einen primären Magenmilzbrand.

Im 2. Falle lag eine Streptokokken-Infektion des Magens bei einem scharlachkranken Kinde vor. In der Schleimhaut fanden sich kleinzellige Infiltrate mit nachfolgender Nekrose.

Im 3. Falle war die Mykose bei einem kleinen Kinde bedingt durch Bacterium coli, die Infektion wahrscheinlich vom Nabel ausgegangen.

Stevens (21) fand in einem Magen massenhafte stark gewucherte, den Pylorus verlegende *Polypen*. Der Kranke war epileptisch gewesen mit einer deutlichen Magenanra. Bei Lebzeiten war nur die Magendilatation nachweisbar gewesen.

Manasse (22) fand im Magen eines an Tuberkulose Gestorbenen neben einem grossen Geschwüre einen *Schellackstein*. Der Darm war frei. Der Mann war Tischler gewesen und hatte viel „Politur" getrunken.

Strauss (23) ging von dem Gedanken aus, die Bestimmung des *specifischen Gewichtes im Filtrat des Mageninhaltes* könnte doch wohl von Werth für die **Diagnose** und vielleicht auch für die Therapie der Magenkrankheiten sein. Er machte eine grosse Anzahl von Untersuchungen und fand, dass das specifische Gewicht im Allgemeinen um so niedriger war, je mehr das Filtrat reinen unvermischten Magensaft enthielt und um so höher, je mehr das Filtrat mit Verdauungsprodukten beladen war. Im Einzelnen glaubt St. etwa Folgendes sagen zu können: Ein specifisches Gewicht von 1010 (gleichgültig, ob ein Probefrühstück oder eine grössere Probemahlzeit eingenommen ist) kommt vor bei Hypersekre-

tion und Hyperacidität, bei Gasgährungen und bei Neurosen mit Steigerung der Saftabscheidung. 1010—1020 kann ungefähr als physiologisch gelten. Ueber 1020 deutet auf Subacidität, findet sich also zu Anfang der normalen Verdauung und bei Darniederliegen der Saftabscheidung. Die Menge der eingenommenen Nahrung hat im Ganzen keinen grossen Einfluss auf das specifische Gewicht des Filtrates, weitaus den auffallendsten Einfluss hat der Gehalt des Mageninhaltes an saccharificirten Substanzen. Daher z. B. das ausserordentlich hohe Gewicht nach einem Probefrühstück bei Fehlen der freien HCl.

Str. ging dann weiter und untersuchte, ob concentrirte Zuckerlösungen von hohem specifischem Gewicht nach längerem Aufenthalte im Magen wesentlich leichter und zuckerärmer werden und ob sie die HCl-Sekretion des Magens anregen. Die erste Frage ist zu bejahen. Die Lösungen gingen, unabhängig von dem Salzsäuregehalt des Magensaftes, in ihrem Gewicht und Zuckergehalt zurück. Die zweite Frage ist dahin zu beantworten, dass sich auf die Einführung von Zuckerlösungen eine auffallend geringe HCl-Abscheidung zeigte. Es besteht augenscheinlich ein sehr wesentlicher Unterschied, je nachdem Kohlenhydrate in Form noch nicht gelöster Amylaceen oder in Form gelösten Zuckers in den Magen eingeführt werden, und Str. macht zum Schluss den Vorschlag, Kranken mit Hyperacidität fortgesetzt Zuckerlösungen zu geben.

Gürber (24) widerlegt die vielfach ausgesprochene Annahme, die *Salzsäure* wirke bei der Verdauung, wie das Pepsin, fermentartig. Das ist falsch, sie wird verbraucht, und zwar verbindet sie sich chemisch mit den Verdauungsprodukten, worauf G. genauer eingeht.

Die neue Methode, die v. Moracewski (25) zur Bestimmung der gesammten Salzsäure angiebt, scheint uns für die Praxis keine besonderen Vortheile zu bieten.

Hoppe-Seyler (26) hat die Töpfer'sche Methode, nach der die Gesammtacidität, die freie und die locker gebundene Salzsäure bestimmt werden können, erprobt und durchaus bewährt gefunden. Der Nachweis der Milchsäure scheint ihm speciell für die Diagnose des Magenkrebses von zweifelhaftem Werth. Die für diesen Nachweis von Boas angegebene Methode ist nicht ganz einwandfrei. Zur Beurtheilung der *Gasgährungen* hält er auch heute noch die Untersuchung der direkt aus dem Magen entleerten Gase für das Beste und hat dazu einen vereinfachten Apparat zusammengestellt. (Vgl. auch: Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 561.)

Hàri (26a) erkennt ebenfalls die Zuverlässigkeit der Töpfer'schen Methode an, soweit es sich um die Bestimmung der Gesammtacidität bei dem Vorhandensein freier Salzsäure handelt. „In Fällen ohne freie Salzsäure ist das Töpfer'sche Verfahren weder in quantitativer Hinsicht, noch um Ab- und Anwesenheit von Salzsäure überhaupt festzustellen geeignet." Auch die beiden anderen, von H. geprüften Proben, die von Braun und die von Sjöquist, lassen in diesen Fällen im Stich. Die Braun'sche bestimmt fast nur die Phosphate und die Sjöqnist'schen Werthe sind allenfalls noch zu gebrauchen, wenn sie über 0.01‰ betragen. „Wir können also absoluten Salzsäuremangel durch keine dieser 3 Methoden sicher nachweisen, bez. ausschliessen."

Bial (27) suchte die bekannte Thatsache zu erklären, dass im Magen oft *Gährung* erfolgt trotz vorhandener Salzsäure. Da die Salzsäure zweifellos desinficirend, schädigend auf die Hefezellen einwirkt, so muss im Magen irgend etwas vorhanden sein, was diese ungünstige Wirkung aufhebt, die Hefezellen unterstützt. Dieses Etwas ist das Kochsalz. Das Kochsalz befördert die Gährung sehr wesentlich und thut dies bis zu einem gewissen Grade eben auch noch trotz vorhandener Salzsäure. Bis zu einem gewissen Grade, d. h. bei Hypacidität, bei normaler und auch noch bei gesteigerter Acidität, soweit es sich dabei um gebundene Salzsäure handelt. Ist eine grössere Menge (etwa 0.2%) freier Salzsäure vorhanden, dann nützt das Kochsalz den Hefezellen nicht mehr; im Gegentheil, überwindet man in diesen Fällen durch grosse Hefemassen die Wirkung der freien HCl, dann wirkt das zugesetzte Kochsalz hemmend auf die Gährung, desinficirend. B. meint, dass gerade diese letzte Beobachtung von besonderer therapeutischer Bedeutung sein dürfte. —

Vielfach hat sich auch im vergangenen Jahre das Interesse der *Milchsäure* zugewandt, namentlich ihrem Verhalten zum Magenkrebs. Wir kommen darauf noch weiter unten zurück, hier sei nur Folgendes erwähnt:

Strauss (28) beschreibt eine sehr gute, allseitig anerkannte Abänderung der Uffelmann'schen Reaktion, bei der, wie das auch früher bereits geschehen ist, die Milchsäure von den störenden, täuschenden Stoffen durch Ausschütteln mit Aether getrennt und die Reaktion mit dem Aetherextrakt angestellt wird. 5 ccm Mageninhalt werden mit 20 ccm Aether tüchtig durchgeschüttelt. 5 ccm des Aethers werden dann mit 20 ccm destillirten Wassers versetzt und hierzu thut man 2 Tropfen einer zehnfachen Verdünnung des Liquor ferri sesquichlorati. Bei Anwesenheit von Milchsäure färbt sich nach abermaligem kräftigen Schütteln die wässerige Schicht gelbgrün.

Stern (29) erklärt in seinem zusammenfassenden Referat über die Milchsäurefrage diese Strauss'sche Reaktion (ebenso auch die von Kelling angegebene) in der Praxis für vollkommen genügend, wenn die Prüfung nach einem Ewald'schen Probefrühstück vorgenommen wird. Unter normalen Verhältnissen wird man nach diesem Frühstück niemals irgend wie erhebliche

Milchsäuremengen finden, ihr Auftreten deutet mit Sicherheit auf beträchtlichen Salzsäuremangel, auf Stockung und erhebliches Daniederliegen der Resorption im Magen, Zustände, wie sie sich eben am häufigsten bei dem Magenkrebs finden.

de Jong (30) beschreibt seinerseits eine neue Abänderung der Uffelmann'schen Reaktion, hält aber auch die Methode von Strauss für vollkommen zuverlässig. Im Uebrigen kommt er in seiner umfangreichen Arbeit zu ziemlich denselben Schlusssätzen wie Stern. Das Ewald'-sche Probefrühstück enthält Spuren von Milchsäure, ist also in diesem Punkte nicht ganz so gut wie die von Boas empfohlene Hafermehlsuppe. Bei dem Magenkrebs ist die Milchsäure sehr häufig und tritt oft schon sehr frühzeitig auf, mit dem Krebs als solchem hat sie aber augenscheinlich nichts zu thun.

Oppler (31) hat das Verhalten des *Pepsins* bei verschiedenen Magenkrankheiten verfolgt und kommt zu dem Ergebniss, dass damit nicht allzu viel anzufangen ist. „Diagnostische Schlüsse lassen sich aus dem Verhalten des Pepsins allein nicht ziehen, sondern nur im Zusammenhange mit der Betrachtung der anderen Bestandtheile des Magensaftes.“ Im Allgemeinen geht die Pepsinabscheidung augenscheinlich der Salzsäure- und der Lab-Abscheidung parallel. Gelegentlich macht sie allerdings Sprünge, gemeinsam mit der Salzsäure oder auch unabhängig von dieser. Bei schweren Erkrankungen hört sie meist mit der Salzsäurebildung, zuweilen wohl auch früher als diese, auf, die Labsekretion bleibt, wie es scheint, immer am längsten bestehen. —

Es wäre recht erfreulich, wenn wir mit der Diagnostik der Magenkrankheiten durch *Palpation* und *Perkussion* des Bauches etwas weiter kämen. Es steht damit noch ziemlich dürftig und wir glauben nicht, dass die beiden Arbeiten von Reed (32) und Mathieu (33) die Sache wesentlich verbessern. Reed meint, durch „Clapotement“ (Plätschergeräusch) und Perkussion bei leerem oder schwach mit Wasser angefülltem Magen die schwierigsten Dinge über Grösse, Lage und motorische Kraft des Magens ermitteln zu können. Mathieu spricht sich ähnlich, wenn auch etwas vorsichtiger aus; etwas wesentlich Neues bringen leider Beide nicht bei.

Boas (34) suchte die grosse Curvatur des Magens von innen und aussen her zu bestimmen und benutzte dazu die von Fenton Turck in Chicago angegebene „Gyromele“, eine Sonde, an der ein von aussen her drehbarer Schwamm zur Reinigung des Magens von Schleim und Bakterien angebracht ist. Das Instrument ist nach B. nicht so übel, man kann die Drehungen des untersten Stückes meist durch die Bauchdecken gut durchfühlen. Bei diesen Versuchen fand B. nun, dass die *Palpation der eingeführten Sonde* überhaupt werthvolle Aufschlüsse geben kann und sehr zu Unrecht vernachlässigt worden ist. Nimmt man eine weiche, genügend lange Sonde, so fühlt man bei den ja oft stark abgemagerten Kranken den grössten Theil des in den Magen eingedrungenen Endes ganz deutlich. Man kann verfolgen, wie es auf die grosse Curvatur aufstösst und sich dann längs dieser bis zum Pylorus fortschiebt, so dass man unter Umständen über Lage und Ausdehnung des *ganzen* Magens den besten Aufschluss erhält. Die Untersuchung wird am liegenden Kranken ausgeführt, zuweilen gelingt sie auch am stehenden.

Schmilinsky (35), der Assistent von Boas, der dessen Angaben genauer ausführt, giebt zum Schluss noch einige, mit der Methode ermittelte Daten. Danach reicht der normale leere Magen bei dem Liegenden nicht unter die Nabelhorizontale.

Kuhn (36) schiebt die Schuld an den bisherigen geringen Erfolgen der Sondenpalpation im Magen und Darm der Mangelhaftigkeit unserer Instrumente zu. Er hat Sonden aus *Metallspiralen* construirt, von denen er sich wesentlich Besseres verspricht. Sie sind hart und doch im höchsten Grade biegsam, sie sind eventuell nach Röntgen photographirbar und gut zu desinficiren; durch ihr Lumen können die verschiedensten Dinge, namentlich auch dünnere Sonden zur weiteren Palpation hindurchgeführt werden. Man darf auf die Erfolge dieser „Metallschlauchsonde“ gespannt sein.

Rosenheim (37) schildert ausführlich seine Methode der *Gastroskopie* mit geraden Röhren, bespricht die nöthigen Vorsichtmaassregeln, die Gefahren u. s. w. Für die allgemeine Praxis ist es nichts damit, es klingt etwas resignirt, wenn R. zum Schlusse sagt: „Die Gastroskopie ist eine Untersuchungsmethode, die nur mit Vorsicht und bei gewissenhafter Auswahl der Fälle zur Anwendung kommen darf, die sehr viel Uebung und Erfahrung verlangt und die recht umständlich ist.“

(Fortsetzung folgt.)

100. **Ueber subcutane Einverleibung von Nahrungsstoffen**: von Fritz Voit. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 31. 1896.)

Leube hat durch Versuche an Hunden nachgewiesen, dass vom Unterhautzellgewebe her ganz beträchtliche Fett- (Butter-) Mengen aufgesaugt und zu Gunsten des Körpers verarbeitet werden können (Jahrbb. CCL. p. 147); entsprechende Versuche mit Zuckerlösungen misslangen, wahrscheinlich aber nur deshalb, weil L. die Lösungen zu concentrirt nahm. V. ist es in der Klinik v. Ziemssen's gelungen, Menschen ganz beträchtliche Zuckermassen ohne Nachtheil unter die Haut zu giessen. Man kann bei gleichzeitiger Benutzung beider Oberschenkel in 15—20 Minuten leicht einen Liter einer 10proc. Traubenzuckerlösung einlaufen lassen. Nur die danach nöthige Massage ist schmerzhaft. Nach dem Eingiessen von 10 g Zucker blieb der Harn vollkommen normal, nach 60 g erschienen Spuren und nach 100 g (ent-

sprechend 410 Calorien, also fast einem Drittel dessen, was der heruntergekommene Mensch bei voller Ruhe bedarf) erschienen 2.6 g Zucker im Harne wieder.

V. stellt weitere Versuche in Aussicht, so viel steht fest, dass auch eine subcutane Zufuhr von Kohlehydraten möglich ist. Dippe.

101. **Ueber Ausnutzung des Protogens im kranken Organismus**; von Dr. P. Deucher. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 48. 1896.)

Als Protogene hat F. Blum eine neue Sorte von Eiweissstoffen beschrieben, die sich dadurch auszeichnen, dass sie in erhitzter wässeriger Lösung nicht coaguliren. Sie können gelöst sterilisirt werden und werden deshalb wahrscheinlich bei der Ernährung durch Einspritzungen unter die Haut eine Rolle spielen, dass sie auch für die Ernährung durch den Magen unter Umständen recht werthvoll sind, zeigen Versuche, die D. bei einer Magenkrebskranken anstellte. Obwohl der Magen schwer krank war, keine Salzsäure enthielt, wurde Ovoprotogen gut vertragen und trefflich ausgenutzt, wesentlich besser, als andere Einweissstoffe, z. B. auch Somatose. Dippe.

102. **Zur Frage der Resorbirbarkeit der Albumosen im Mastdarm**; von Dr. Kohlenberger. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47. 1896.)

Die Arbeit kommt aus der Leube'schen Klinik und bildet einen Theil ausgedehnter Untersuchungen über die künstliche Ernährung. Ihr Ergebniss ist günstig, die Albumosen können vom Darm her vollständig aufgesaugt werden. Spritzt man sie unter die Haut, so gehen sie bekanntlich als fremde Körper durch das Blut und werden von den Nieren unverändert ausgeschieden. Das ist bei der Aufnahme vom Darme her nicht der Fall, die Albumosen werden von hier aus in dem Eiweisshaushalte des Körpers verwandt und können also sehr gut zur künstlichen Ernährung gebraucht werden. Dippe.

103. **Klinische Beobachtungen über den Krebs der Gallenblase**; von Dr. E. Grawitz. (Charité-Annalen XXI. p. 157. 1896.)

Gr. berichtet ausführlich über 5 Fälle. Alle 5 betrafen ältere Frauen, 3 davon litten an Gallensteinen. Dass die Steine bei der Entstehung des Krebses eine gewisse Rolle spielen, kann kaum mehr zweifelhaft sein; die Verhütung beider Uebel fällt also zusammen.

Zur Diagnose des Gallenblasenkrebses bringt Gr. nichts Neues bei. Mit den Schmerzen ist in Anbetracht der häufigen Cholelithiasis meist nicht viel anzufangen. Wichtiger sind Zeichen von Kachexie und ein fühlbarer Tumor. Ikterus wird wohl stets vorhanden sein, dagegen fehlen Stauungen in der Pfortader. Die Untersuchung des Mageninhaltes ergiebt nichts Zuverlässiges. Dippe.

104. **Ueber intermittirende Gelenkwassersucht**; von H. Senator. (Charité-Annalen XXI. p. 224. 1896.)

Einschliesslich zweier eigener Beobachtungen hat S. 37 Fälle dieser etwas räthselhaften Krankheit ermitteln können. Gemeinsam ist allen Fällen das von Zeit zu Zeit sich wiederholende Auftreten eines serösen Ergusses in einem oder in mehreren Gelenken. Im Uebrigen gehen die Erscheinungen recht auseinander. Hier bestehen Schmerzen und leichte Entzündung, dort nichts derartiges; hier dauern die Anfälle einige Stunden, dort 3 Wochen lang. Die Kr. stehen meist im jugendlichen Alter, häufig sind es Weiber. Als Gelegenheitsursache wird häufig ein Trauma angegeben. H. kommt zu dem wohl sicher richtigen Schlusse, dass die Fälle ihrem Wesen nach ganz verschieden sind. In einigen wird man wohl „nervöse Störungen in vasomotorischen Gebieten“ annehmen müssen, in anderen hat es sich augenscheinlich um leichte und leichteste infektiöse Entzündungen gehandelt. Dippe.

105. **Ueber die Behandlung maligner Tumoren mit dem Erysipelserum von Emmerich-Scholl**; von Prof. R. von Jaksch in Prag. (Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. 3. p. 318. 1896.)

v. J. hat das Erysipelserum in 5 Fällen von inoperablem Sarkom, bez. Carcinom angewandt. Nur in einem Falle trat Verkleinerung der Geschwulst ein. In allen Fällen traten aber nach der Einspritzung schwere Folgen auf, Schüttelfröste, hohes Fieber, grosse Schmerzhaftigkeit des Einstiches, in einem Falle schwerer Collaps, in einem anderen akute Nephritis. v. J. bezeichnet deshalb das Präparat als gefährlich und räth von seiner Anwendung ab.

Dem gegenüber ist auf den schweren und entkräfteten Zustand der mit grossen Metastasen behafteten Kranken hinzuweisen, die wohl keine günstigen Fälle für diese Behandlungsmethode waren. Da jedoch die Gefährlichkeit des Serum in seiner dermaligen Zusammensetzung und auch seine wechselnde Beschaffenheit ausser Frage steht, dürfte den Darstellern eine Abänderung seiner Zusammensetzung, bez. seiner Dosirung anzuempfehlen sein. G. Radestock (Dresden).

106. **Historique du premier cas de peste traité et guéri par l'emploi de sérum antipesteux.** (Bull. de l'Acad. de Méd. de Paris 3. S. XXXVI. p. 195. 1896.)

Dr. Yersin hat am 26. Juni 1896 einem 18jähr. Chinesen, der mit frischer, schwerer Pest behaftet war, 3mal je 10 ccm seines Heilserum eingespritzt, um 5 Uhr abends die erste, 6 Uhr die zweite, 9 Uhr die dritte Injektion. Am nächsten Morgen früh 3 Uhr nahmen das Fieber und die typhösen Erscheinungen ab, um 6 Uhr war das Fieber verschwunden, 11 Uhr früh der Bubo in der Schenkelbeuge ganz verschwunden. Am 29. Juni stand Pat. wieder auf und wurde aus der Behandlung entlassen.

Der französische Generalconsul zu Canton bestätigt die Richtigkeit der Angaben Y.'s, insbesondere auch die Schwere des Pestfalles und den vollkommenen Heilerfolg durch das von Y. nach Analogie des Diphtherieheilserum hergestellte und an Thieren erprobte Pestheilserum.

Der Akademie wurden in derselben Sitzung von Y. noch weitere 27 Heilungen bei Pest aus Canton telegraphisch gemeldet.

Mit Rücksicht auf die bisherige Unheilbarkeit der Pest verdienen die Versuche Y.'s grosse Beachtung; immerhin bleibt eine objektive fachmännische Nachprüfung abzuwarten.

G. Radestock (Dresden).

107. **Zur Anwendung parenchymatöser Carbolinjektionen bei tonsillären Erkrankungen**; von Dr. W. Kramer in Gr. Glogau. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 47. 1896.)

Kr. hat im Laufe der Jahre bei einer grösseren Zahl von Kranken häufige *Rückfälle phlegmonöser Anginen* beobachtet, wahrscheinlich von latenten Eiterkokkenherden her, die, in dem peritonsillären Bindegewebe von einer früheren Erkrankung liegen geblieben, plötzlich, vielleicht unter dem Einflusse irgend einer Gelegenheitsursache, zu neuem Leben erweckt wurden. Von dieser Annahme ausgehend, hat Kr. bei diesen Kranken seine Zuflucht zu den für die Behandlung der Scharlachdiphtherie, wie überhaupt akuter Tonsillitiden von verschiedenen Seiten empfohlenen Carbolinjektionen genommen, in der Absicht, durch diese die supponirten latenten Herde virulenter Keime unschädlich zu machen.

Kr. verfuhr dabei in der Weise, dass er einige Wochen nach Ablauf des Recidivs wöchentlich 2—3mal, im Ganzen 4—6 Einspritzungen von etwa $^1/_2$ ccm einer 2—3proc. Carbollösung durch den vorderen Gaumenbogen ausführte, dabei zunächst, mitunter nach vorheriger Cocainisirung, die sterilisirte Hohlnadel einer einfachen *Pravaz*'schen Spritze ca. 1 cm tief einstach und erst dann, wenn kein Blut durch die Nadel hervortrat, den Spritzeninhalt tropfenweise in das Gewebe entleerte, wobei er die Nadelspitze vorsichtig nach verschiedenen Richtungen hinleitete. Die späteren Injektionen wurden an anderen Punkten des vorderen Gaumenbogens in gleicher Weise vorgenommen. Die Pat., ausschliesslich Erwachsene, hatten wenig Schmerzen von diesen Einspritzungen, danach nur für einige Stunden leichte Schlingbeschwerden, niemals Störungen des Allgemeinbefindens, nicht die geringsten Vergiftungserscheinungen; die im Bereiche der Injektionsstelle auftretende unerhebliche Schwellung ging in kürzester Zeit zurück, ohne je zu Abscessbildung oder anderen Complikationen zu führen.

Sämmtliche früher wiederholt an Recidiven Erkrankte, bei denen Kr. diese Behandlung angewandt hat, sind danach, und zwar 15 seit über $2^1/_2$ Jahren, zu ihrer grossen Befriedigung von weiteren Rückfällen verschont geblieben; bei den übrigen liegt die Injektionskur erst mehrere Monate bis 2 Jahre zurück. „Selbst bei grösster Zurückhaltung in der Beurtheilung therapeutischer Erfolge wird man zugeben müssen, dass das über Jahre lange Fernbleiben vorher in kurzen Zwischenzeiten wiederholt aufgetretener Recidive nach der Carbolbehandlung des peritonsillären Gewebes mehr als etwas rein Zufälliges sei, nicht gut anders als durch die Wirkung der Einspritzungen erklärt werden könne."

P. Wagner (Leipzig).

Im Deutschen Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 579. 1896 berichtet Dr. Wilhelm Höfer aus der Klinik v. Ziemssen's in München *über die Behandlung akuter Tonsillitiden mit parenchymatösen Carbolinjektionen.* Die Einspritzungen wurden in der oft beschriebenen Weise gemacht: $^1/_2$—1 ccm einer 2—3proc. Lösung 1—2mal täglich. Die Erfolge waren augenscheinlich gut. Namentlich bei der lacunären Angina mit starker Schwellung der Mandeln liessen die Schmerzen und sehr bald auch die entzündlichen Erscheinungen nach. H. glaubt das einfache und den Kranken durchaus nicht besonders unangenehme Verfahren empfehlen zu können.

Dippe.

108. **Ueber die Symptome und Folgekrankheiten der hyperplastischen Rachenmandel**; von Dr. Arthur Thost in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 1. 1896.)

Unter den verschiedenen Ursachen der Hyperplasie der Rachenmandel erscheint Th. das Klima von besonderer Wichtigkeit und er bringt damit die nach seiner Erfahrung auffallende Häufigkeit der Krankheit in Küstenländern gegenüber dem Binnenlande in Verbindung. Daneben spielen die Infektionkrankheiten, besonders Scharlach und Masern, eine wichtige Rolle ebenso das erbliche Moment, während Schädel- und Kieferform, sowie Rasse und Abstammung ohne Bedeutung sind.

Alle Erkrankungen, die die Gaumenmandeln befallen, können sich auch auf der Rachenmandel lokalisiren. Beim *Scharlach* schwillt die Rachenmandel bei dazu Disponirten fast immer an. Th. theilt 2 Fälle mit, in denen er, ebenso wie B. Fränkel, beobachtete, dass wenige Tage nach der Exstirpation der vergrösserten Rachenmandel Scharlachexanthem auftrat. [Auch Referent hat 2 solche Fälle beobachtet.] In solchen Fällen ist die Schwellung der Rachenmandel als Initialsymptom des Scharlachs aufzufassen. Von grosser praktischer Bedeutung ist die Lokalisation von syphilitischen Geschwüren an der Rachentonsille. Dabei kommt es leicht zur Bildung von Abklatschgeschwüren auf der Rückseite des Gaumensegels. Rechtzeitige Erkenntniss solcher Geschwüre und ihre Behandlung mit energischen Touchirungen neben der Allgemeinbehandlung ist wichtig, um eine Ausbreitung der Geschwüre, Perforation des Gaumensegels und die so störenden Verwachsungen zu verhüten. Auch die Tuberkulose lokalisirt sich wahrscheinlich häufiger im Nasenrachenraum, als man bisher annimmt.

Fast pathognomonisch für Hyperplasie der Rachenmandel ist die Schwellung der kleinen, rosenkranzähnlich angeordneten Drüsen des Plexus cervicalis im unteren Halsdreieck. Daneben finden sich oft Vergrösserungen von Drüsen des Plexus jugularis superior am Kieferwinkel bei gleich-

zeitiger Erkrankung der Gaumenmandel, von Drüsen des Plexus jugularis und des Plexus auricularis anterior et posterior bei gleichzeitiger Ohreneiterung und mitunter auch eine Submentaldrüse bei Ekzemen an der Oberlippe und am Kinn.

Zwischen M. rectus capitis anticus major und hinterer Schlundwand liegt jederseits eine Lymphdrüse, die im Anschlusse an Erkrankungen der Rachenmandel auch erkranken kann. Th. theilt einen Fall von Retropharyngealabscess durch Vereiterung einer solchen retropharyngealen Lymphdrüse im Anschlusse an eine Exstirpation der Rachenmandel mit. Einige Male sah er nach Exstirpation der Rachenmandel eine eigenthümliche Kopfhaltung, „die Halswirbelsäule wurde ganz gestreckt und leicht nach vorne gebeugt, das Kinn der Brust genähert, seitliche Drehung des Kopfes war sehr schmerzhaft und wurde ganz vermieden", die er auf schmerzhafte Schwellung der retropharyngealen Drüsen zurückführt.

Von den Fernwirkungen, die man bei Hyperplasie der Rachenmandeln beobachtet, werden einige, wie Asthma, Stottern, Enuresis nocturna oft durch Exstirpation der Rachenmandel nicht völlig beseitigt; hier ist noch eine Beseitigung der meist gleichzeitig vorhandenen Schwellungen der Nasenmuscheln erforderlich. Dagegen werden das Kopfweh und der Pavor nocturnus durch die Schwellung der Rachenmandel allein hervorgerufen und schwinden sofort nach der Exstirpation.

Von den Folgekrankheiten der Hyperplasie der Rachenmandel sind die wichtigsten der chronische Katarrh des Rachens in seinen verschiedenen Formen und die verschiedensten Ohrenkrankheiten. Mit der Hyperplasie der Rachenmandel stehen nicht nur die bei Kindern so häufigen chronischen Tubenkatarrhe mit ihren Folgen und die Mittelohreiterungen in Zusammenhang, sondern auch die sklerotischen Processe der Mittelohrschleimhaut. Diese Ansicht stützt sich auf die Beobachtung, dass Kinder von Eltern mit Sklerose der Mittelohrschleimhaut ungemein häufig an Hyperplasie der Rachen- und Gaumenmandeln leiden. Th. führt mehrere Beispiele davon an und sieht darin eine Mahnung, die hyperplastischen Mandeln frühzeitig gründlichst zu entfernen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

109. **L'ictus laryngé dit essentiel**; par J. Bédos. (Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XLIII. 8. 1896.)

Der zuerst von Charcot 1876 als selten beschriebene Ictus laryngis essentialis ist nach B. eine ziemlich häufige Affektion. Er findet sich vorzugsweise bei Männern in den mittleren Jahren, die eine sitzende Lebensweise haben. In circa der Hälfte der beobachteten Fälle war gichtische Disposition vorhanden. In vielen Fällen finden sich Veränderungen in den oberen Luftwegen, die aber in ihrer Geringfügigkeit in einem auffallenden Missverhältniss zu der Schwere der Anfälle stehen. Meist leiden die Kranken schon seit langer Zeit an Husten. Es kommt dann nach vorausgehendem Kitzel im Kehlkopf ein Hustenanfall, der zu Bewusstseinsverlust, mitunter auch zu leichten Convulsionen führt. Das Gesicht ist dabei meist geröthet. Nach ganz kurzer Dauer erlangen die Kranken ihr Bewusstsein und meist auch völliges Wohlbefinden wieder. Der Puls war in den wenigen Fällen, in denen er während des Anfalls beobachtet werden konnte, sehr klein und langsam. Die Anfälle treten mitunter ganz vereinzelt auf, oder sie wiederholen sich in Zwischenzeiten von Jahren, in noch anderen Fällen waren täglich 3—15 Anfälle vorhanden. Von dem in mancher Beziehung ähnlichen Menière'schen Schwindel unterscheidet sich die Krankheit durch das Fehlen der Ohrsymptome, sowie der Nausea und des Erbrechens. Streng zu scheiden ist das Leiden von der Epilepsie. Mit den schweren laryngealen Krisen der Tabes ist eine Verwechselung nicht möglich, es kommen aber bei der Tabes auch Anfälle vor, die mit dem Ictus laryngis essentialis fast ganz übereinstimmen und sich nur durch das Vorhandensein anderer tabischer Symptome von ihm unterscheiden. Der essentielle Ictus laryngis ist immer ein leichtes Leiden. Ueber die Pathogenese des Leidens sind wir noch nicht genau unterrichtet. Charcot fasste es als einen von der Larynxschleimhaut ausgehenden Reflex auf. Knight nimmt als Ursache eine Cirkulationsstörung an, die zu Anämie der Hirnrinde führt. Merklen vermuthet eine Cirkulationstörung, die durch übermässige Reizbarkeit der Kehlkopfschleimhaut ausgelöst wird. Die Behandlung wird natürlich auf alle in den Respirationwegen vorhandenen Veränderungen Rücksicht nehmen müssen. Zur Bekämpfung der Anfälle selbst haben sich Bromkalium bis zu 5—6 g täglich und Antipyrin 2—3 g täglich als nützlich erwiesen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

110. **Die Theorien über die Entstehung des Stimmritzenkrampfes im Lichte der Heileffekte**; von H. Rehn in Frankfurt a. M. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 33. 1896.)

Für den Stimmritzenkrampf bei Kindern, der übrigens meist in Verbindung mit Krämpfen in den übrigen respiratorischen Muskeln und selbst in den Extremitätenmuskeln auftritt, werden die verschiedensten Ursachen angeschuldigt. Von allen diesen Ursachen kommen nur 2 ernstlich in Betracht, nämlich 1) die Rhachitis, bei der nach Kassowitz durch die entzündliche Hyperämie der Schädelknochen und der sie umkleidenden Hirnhäute ein Reiz auf bestimmte Centren der Hirnrinde ausgeübt wird, und 2) eine fehlerhafte Ernährung, bei der in Folge von Ueberfüllung des Magendarmkanals von den sensiblen Vagusenden ein Reflexkrampf ausgelöst wird.

R. theilt die Krankengeschichten von 5 Kindern, die er in den letzten 2 Jahren beobachtet hat, mit. Alle 5 Kinder, im 1. Lebensjahre stehend, wurden künstlich ernährt, alle zeigten mehr oder weniger starke rhachitische Veränderungen, alle litten seit kürzerer Zeit an eklamptischen und Stimmritzenkrämpfen. Bei allen Kindern verschwanden nun die Krampfanfälle in längstens 2—3 Tagen vollständig bei genügender Ernährung durch Ammenmilch. Ein Kind erhielt zwischendurch, während eines Unwohlseins der Amme, Zwiebackbrod und bekam während dieser Zeit wieder einige leichte Anfälle von Stimmritzenkrampf.

Die schnelle Wirkung der Zufuhr geeigneter Nahrung zeigt, dass in der That die fehlerhafte Ernährung die Ursache der Krämpfe bildet, da die Rhachitis, die allerdings in allen den Fällen auch vorhanden war, ja nicht so schnell zurückgeht. Die Krämpfe sind Reflexkrämpfe, die wahrscheinlich durch flüchtige, schon im Magen gebildete Toxine ausgelöst werden.

Rudolf Heymann (Leipzig).

111. **Psoriasis unilateralis und die Theorien über Aetiologie der Psoriasis**; von Dr. Martin Kuznitzky. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 8. p. 402. 1896.)

Ein 20jähr. Fleischergeselle schnitt sich im December 1893 mit einem Wiegemesser in den rechten Daumen etwas centralwärts vom Metacarpo-Phalangealgelenk von der Dorsal- über die Radialseite auf die Volarseite bis auf den Knochen. Es war weder die Motilität, noch die Sensibilität gestört. 5 Wochen später, nachdem die Wunde vernarbt war, zeigte sich an der Beugeseite des rechten Unterarmes, etwas oberhalb des Handgelenks ein kleiner rother Fleck, der sich bis auf Bohnengrösse ausdehnte und mit weissen glänzenden Schuppen bedeckte. Im Laufe des Februar entwickelten sich dann rasch nacheinander, ausschliesslich auf der rechten Körperhälfte Psoriasisefflorescenzen auf Unterarm, Oberarm, Kopf, Achsel, Brust, Rücken, Flanke, Hinterbacke, Oberschenkel.

Zur Erklärung dieses Falles lässt sich die Theorie des parasitären Ursprungs der Psoriasis nicht verwerthen; es bleibt sonach nur die neuropathische Theorie. K. glaubt annehmen zu können, dass die Psoriasis ihre Entstehung dem Einwirken von Reizen auf Gefässgebiete verdankt, deren Tonus in Folge chron. Reizzustandes der zugehörigen spinalen Centren sich in labilem Gleichgewichte befindet. Ob dieser spinale Reiz, der vererbt oder erworben sein kann (in vorliegendem Falle litt die Mutter des Kr. an äusserster Nervosität und Reizbarkeit), einfach funktioneller Natur ist, oder ob und welche materielle Läsionen er setzt, das zu entscheiden ist zur Zeit mangels systematischer anatomischer Rückenmarkuntersuchungen bei Psoriasiskranken unmöglich. Die der einzelnen Efflorescenz zu Grunde liegende Hyperämie ist nach K. als angioerethischer Vorgang aufzufassen.

Wermann (Dresden).

112. **De la chromidrose rouge**; par Sabrazès et Cahannes. (Presse méd. Belge LVI. 11; Juillet 1896.)

Ein 21jähr. Student der Medicin bemerkte seit einem Jahre das zeitweise plötzliche Auftreten einer rothen Verfärbung auf dem rechten Handrücken oder auf dem linken Knie in der Form von unregelmässigen Flecken, Streifen und Punkten. Eine kräftige Seifenwaschung liess diese Flecken bald verschwinden. Sie traten meist nach einer starken körperlichen Anstrengung, die reichlichen Schweissausbruch verursacht hatte, hervor. Die Oberfläche der Haut war weder nässend, kaum feucht, noch schuppend oder sonst wie verändert. Ein in Alkohol getauchter Tampon nahm sofort die rothe Farbe an, während die Haut ihr normales Aussehen erhielt. Keinerlei subjektive Erscheinungen. Die mittels eines Messers abgekratzten Epidermiszellen zeigten unter dem Mikroskop in ihrem Innern einen rothen Farbstoff. Es gelang nicht, die Verfärbung experimentell hervorzurufen durch Einimpfen von lebenden und sehr stark gefärbten Colonien des Microbacillus prodigiosus. Der Farbstoff enthielt kein Eisen und stammte nicht aus dem Blute; es liessen sich weder Bakterien, noch Mycelien nachweisen. Im Urin fand sich Indican.

S. und C. nehmen an, dass die Bildung des rothen, wie auch des blauen oder violetten, gelben und grünen Schweisses auf dieselbe Ursache zurückzuführen sei, sowie dass die verschiedenen Verfärbungen nur Modifikationen derselben Störung seien und auf der Ausscheidung von Indican durch den Schweiss beruhten, ähnlich wie beim Auftreten von Indican im Urin durch allmählich vorschreitende Oxydation ein rothes und schliesslich blaues Pigment entsteht.

Wermann (Dresden).

113. **Ein Fall von chronischer pigmentirender Urticaria**; von Dr. Reinhardt. (Charité-Annalen XX. p. 718. 1895.)

Ein 17jähr. junges Mädchen, seit dem 12. Jahre, und zwar 3 Wochen nach erfolgreicher Impfung, mit einer Urticaria behaftet, suchte das Krankenhaus auf, nachdem es zahlreiche Kuren durchgemacht hatte. Die Mutter war an Lungenschwindsucht gestorben, der Vater sollte nervös-jähzornig und ein Trinker sein; die Kr. selbst war wiederholt wegen vereiterter Drüsen geschnitten worden. Der Ausschlag zeigte sich über den ganzen Körper mit Ausnahme der Handteller und Fusssohlen verbreitet. Meist ohne jede Veranlassung erhob sich binnen wenigen Minuten auf der Haut eine Reihe weisser Quaddeln, die stark juckten und einen schmalen rothen Saum aufwiesen. Nach Verlauf von etwa 1 Stunde bildete sich genau in der Mitte der Quaddel ein rother Punkt, der sich rasch vergrösserte und nach einigen Stunden die ganze, vorher weisse Quaddel in eine bläulich-rothe verwandelte. Häufig trat nunmehr an Stelle des Juckens ein mässig brennender Schmerz. Dieser Zustand ging gewöhnlich über Nacht vorüber und am Morgen war die Quaddel verschwunden unter Zurücklassung eines röthlich-braunen Fleckes. Dieser machte innerhalb einiger Tage den für Blutergüsse charakteristischen Farbenwechsel durch und verschwand dann vollständig. Traten sehr viele Quaddeln auf, so kam es stellenweise zu diffusem Oedem, so am Hand- und Fussrücken, und Prickeln in Armen und Beinen. Ganz vereinzelt traten auch Quaddeln auf, die von Anfang an dunkelblau waren und das Aussehen eines oberflächlichen Blutergusses darboten. Sie blieben etwa 14 Tage bestehen, bis die Epidermis über ihnen sich ablöste, und festgeronnenes Blut sich entfernen liess. Die Zahl der an einem Tage auftretenden Quaddeln betrug 3—61, im Durchschnitte 20, und stieg zur Zeit der Menstruation oft ausserordentlich hoch an. In dieser Zeit sah fast der ganze Körper der Kr. durch dunkelrothe bis hellgelbe Flecke wie getigert aus. Im Uebrigen war das Allgemeinbefinden nicht gestört. Während der 10monat.

Krankenhausbehandlung wurden alle erdenklichen Heilmittel versucht: äusserlich Salben mit Pyrogallussäure, Chrysarobin, Menthelspiritus; subcutan Pilocarpininjektionen; innerlich Atropin, Arsenik, Salicyl, Ichthyol; heisse Arm- und Fussbäder, Zusatz von Kochsalz zur Diät; einen Tag fastete die Kr. vollkommen, 14 Tage lang lag sie zu Bett. Mit einiger Besserung ihres Zustandes verliess sie dann das Hospital und wurde hierauf poliklinisch weiter beobachtet.

In dem geschilderten Krankheitsfalle ist bemerkenswerth, dass die Erkrankung der gewöhnlichen Urticaria glich; eigenthümlich waren nur die hinzutretende Pigmentbildung und die aussergewöhnlich lange Dauer des Processes. Ferner war der Einfluss der Menstruation auf die Häufigkeit der Ausbrüche deutlich; ein tieferes Genitalleiden, wie in anderen Fällen, bestand nicht.

Wermann (Dresden).

114. **Vitiligo par compression**; par Gaucher. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VI. 7. p. 667. 1895.)

G. stellte der französischen Gesellschaft für Dermatologie und Syphilis eine Vitiligo vor, die durch den Druck der Pelotte eines Bruchbandes in der Leistengegend verursacht war; die Grösse des pigmentfreien Fleckes entsprach genau der Pelotte, die Haare waren ebenfalls weiss, und die Umgebung pigmentreicher. Hallopeau hatte vor Kurzem einen ähnlichen Fall demonstrirt. Wermann (Dresden).

115. **Zur Aetiologie des Pemphigus neonatorum**; von Dr. W. Peter. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 6. 1896.)

Bei einem 11 Tage alten Kinde, das von der an schwerer Sepsis erkrankten Mutter gestillt wurde, entwickelten sich ohne erhebliche Allgemeinstörungen zuerst auf Gesicht und Brust, alsdann auch am übrigen Körper erbsen- bis thalergrosse, mit gelblich serösem Inhalte gefüllte Blasen. Die bakteriologische Untersuchung des Blaseninhaltes ergab das Vorhandensein von Staphylococcus pyogenes aureus, in geringer Menge auch von Staphylococcus pyogenes albus und einem Diplococcus; dieselben Keime liessen sich in der Milch der Mutter und im Blute des Kindes nachweisen. Die Infektion der Haut war demnach in diesem Falle auf dem Wege der Blutbahn erfolgt. Wermann (Dresden).

116. **Der Bacillus des gangränösen Schankers und der Bacillus des Hospitalbrandes. Pathogenese und Therapie**; von Prof. Alex. Favre und D. L. Barbezat. (Virchow's Arch. CXLV. 2. p. 404. 1896.)

F. und B. theilen 3 Krankengeschichten mit von gangränösem Schanker der Mundhöhle bei einer 46jähr. Frau und ihren zwei 19 und 22 Jahre alten Söhnen, die einige Tage später erkrankten. Die Mutter kam bereits mit ausgedehnter Gangrän, die sich bis in Larynx und Trachea erstreckte, zur Beobachtung und ging an Septikämie zu Grunde, die Söhne konnten, da die Erkrankung auf die Mundhöhle beschränkt blieb, gerettet werden, und zwar durch Anwendung einer Lösung von Kalium sulfuricum, gemischt mit Schwefelsäurelösung:

Kalium sulfuricum	2 g
Schwefelsäure . .	2 Tropfen
Wasser	1 Liter

Diese Lösung, mit der Irrigationen und Inhalationen gemacht wurden, bewirkte auch im 2. Falle, nachdem eine ausgedehnte Excision des Schankers erfolglos geblieben war, noch Heilung.

Der gangränöse Schanker ist eine Erkrankung sui generis, er ist örtlich beschränkt und nicht von Lymphdrüsenschwellungen begleitet. Ohne die gelegentliche Möglichkeit der Entwickelung des gangränösen Schankers aus dem einfachen weichen Schanker zu verneinen, stellen F. und B. den gangränösen weichen Schanker als specielle Gattung auf, die ganz unabhängig von den Ducrey-Unna-Bacillen auftreten kann. Er ist gekennzeichnet durch die livid rothe Umgebung, Schmerzhaftigkeit, Fieber und Verwandlung des Geschwürsgrundes in einen grauen oder schwarzen Schorf. Aus dem herausgeschnittenen Stück liess sich ein noch nicht beschriebener Bacillus züchten, der, auf Wunden übertragen, die Erscheinungen des Hospitalbrandes hervorrief, auf intakte Schleimhaut gebracht gangränösen Schanker erzeugte. Impfungen auf Kaninchen und Meerschweinchen blieben erfolglos, dagegen trat bei 2 Arbeitern, denen die Cultur in Handwunden gebracht worden war, nach wenigen Stunden Hospitalbrand auf; die Schwefellösung brachte aber binnen 24 Stunden die schwarzen Borken zur Abstossung und die Wunden waren wieder in gutem Zustand.

Auf einer Tafel sind 4 Abbildungen der Culturen des Bacillus auf Kartoffelscheiben beigefügt.

Wermann (Dresden).

117. **Zur Therapie des Ulcus molle**; von Dr. Alfred Lanz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 17. p. 264. 1896.)

Während Neisser darauf aufmerksam gemacht hat, dass sich aus typischen weichen Geschwüren in gewissen Fällen serpiginöse tertiäre Syphilide entwickeln können, die aller lokalen Behandlung trotzen, um auf die Darreichung von Jodkalium auffallend rasch abzuheilen, beobachtete L. mehrere weiche Schanker, von denen er zwei ausführlich beschreibt, die, ohne sich in tertiäre serpiginöse Syphilide zu verwandeln, prompt nach Jodkalium heilten; auch hatten die Kr. nie an Syphilis gelitten. Die Geschwüre waren wenige, meist 3, Tage nach dem Coitus mit Puellis aufgetreten, waren multipel und in verschiedenen Entwickelungsstadien, öfters waren Lymphangitis und Bubo abscedens dabei vorhanden, in den meisten fand sich im Sekret der Ducrey-Krefting-Petersen'sche Bacillus vor. Das Jodkalium zeigt demnach mitunter bei Ulcus molle eine fast specifische Wirkung in Fällen, in denen die örtliche Behandlung allein im Stiche lässt.

Wermann (Dresden).

118. **Adénites inguino-crurales subaiguës d'origine infectieuse banale**; par J. Brault. (Semaine méd. XVI. 49. p. 391. 1896.)

Den Verlauf subakuter Bubonen schildert Br. folgendermaassen: Anfangs sind die Drüsen kaum empfindlich, höchstens bei heftigen Bewegungen,

Der Träger fühlt sich vollkommen wohl. Nach 2 bis 4 Wochen verschlimmern sich auf einmal die Schmerzen, es tritt Schwellung auf, mitunter Röthung, schliesslich wird die Drüsengruppe ganz oder grösstentheils von der Entzündung ergriffen. Mitunter treten die Drüsen einzeln, eine nach der anderen, in die Entzündung, bez. Vereiterung. Nachdem die erste Drüse vereitert ist, tritt scheinbar Ruhe ein, hält 6 Monate und darüber an, bis eines Tages noch andere Drüsen zu vereitern anfangen.

Den pathologisch-anatomischen Befund dieser Drüsen beschreibt Br. also: Die Lymphdrüsen sind vergrössert, von lividrother Farbe, häufig von fibrinösem Exsudat umgeben. Die zuführenden Lymphgefässe sind hart und erweitert. Auf dem Durchschnitte zeigen die Drüsen bald sklerotische oder verkalkte Herde, bald hämorrhagische Stellen, am häufigsten aber multiple kleine und grössere Eiterherde dicht neben einander. Letztere enthalten dicken milchigen Eiter mit den gewöhnlichen Streptokokken.

Niemals fand Br. tuberkulöse Granulationen oder verkalkte Herde. Bei frühzeitiger Ausschälung findet sich gewöhnlich nur 1 Drüse entzündet, bez. vereitert, bei hingeschleppten Formen die ganze Drüsengruppe. Doppelseitige subakute Bubonen sind ausserordentlich selten.

Zur Pathogenese bemerkt Br., dass die subakuten Bubonen durch dieselben bekannten Eiterbakterien hervorgerufen werden, wie der akute phlegmonöse Bubo, und dass zu ihrem Zustandekommen in gleicher Weise Excoriationen der Beine oder der Genitalien, auch Herpes, Furunkel, Gonorrhöe, weiche und harte Schanker den Anlass bilden. Gerade der den weichen Schanker begleitende Bubo soll grosse Neigung zu subakutem Verlaufe haben; ein von Br. behandelter Kranker bot erst nach 4 Monaten Anlass zur Operation. Das Fehlen des Fiebers, der Schüttelfröste, der Phlegmone erleichtert die Differentialdiagnose gegenüber schleppenden akuten Fällen. Tuberkulöse Bubonen zeigen von Anfang an chronischen Verlauf, Neigung zu Fistelbildung und erzeugen tuberkelbacillenhaltigen Eiter.

Die Prognose der subakuten Bubonen ist gut; sobald man sich zu frühzeitiger Ausräumung entschliesst, bleiben Komplikationen aus. Die Ausschälung soll stumpf unter Zuhülfenahme der Finger vorgenommen werden, tiefe Wunden drainirt Br., doch zieht Ref. Tamponade mittels Gaze vor.

Radestock (Dresden).

119. Ueber Syphilis.

Is inherited syphilis contagious? by R. W. Parker. (Edinb. med. Journ. XLI. 12. p. 1124. June 1896.)

Während einer 20jähr. Thätigkeit an dem East London Hospital für Kinder machte P. Beobachtungen hinsichtlich der hereditären Syphilis, die ihm daran Zweifel aufkommen liessen, dass diese Erkrankung ansteckender Natur sei. Während die von Kindern acquirirte Syphilis ausserordentlich ansteckend war und sich schnell weiter verbreitete, sah er keinen Fall von sogenannter hereditärer Syphilis, der eine Uebertragung hervorgerufen hätte. Aehnliche Beobachtungen theilte Dr. Günzburg vom Findling-Hospital in Moskau im Jahre 1872 mit; 31 gesunde Ammen stillten 120 syphilitische Kinder viele Monate lang, ohne dass eine von ihnen inficirt wurde. Des Weiteren führt P. an, dass hereditär Syphilitische, wenn sie der Ansteckung ausgesetzt würden, in gleicher Weise inficirt würden wie Gesunde und alsdann den gewöhnlichen Verlauf der Syphilis aufwiesen; hereditäre Syphilis werde ferner nicht auf die Nachkommen übertragen. Den Umstand, dass seine Anschauung mit dem Colles'schen Gesetze in Widerspruch steht, glaubt P. dadurch zu erklären, dass zu Colles' Zeiten Fälle von hereditärer und acquirirter Syphilis häufig verwechselt worden seien, vielleicht habe auch die hereditäre Syphilis in Folge der besseren Behandlung der Syphilis und der später erfolgenden Verheirathung Syphilitischer ihren Charakter verändert; oder es wandte Colles die Bezeichnung „hereditäre Syphilis“ seltener und nur bei solchen Kranken an, die inficirten.

P. stellt folgende Sätze auf: 1) Die Kinder syphilitischer Eltern zeigen sehr häufig Erscheinungen einer Krankheit, die allgemein hereditäre Syphilis genannt wird. 2) In sehr vielen Fällen ist diese ererbte Erkrankung keine Syphilis, da sie nicht ansteckender Natur ist. 3) Sie kam nur dann als Syphilis bezeichnet werden, wenn sie die Zeichen der contagiösen Syphilis aufweist und inficirt. 4) Die Kinder syphilitischer Eltern ererben zuweilen die Syphilis. 5) Die Mutter, die ein solches Kind stillt, kann auch von ihm inficirt werden. 6) Eine gesunde Amme oder andere gesunde Personen, die mit einem solchen Kinde in Berührung kommen, können leichter inficirt werden, als die Mutter. 7) Die Lymphe eines solchen Kindes wird wahrscheinlich Syphilis übertragen. 8) Eine gesunde Frau kann nicht ein syphilitisches Kind gebären. 9) Viele selbst gesund erscheinende Frauen bringen Kinder mit einer Erkrankung zur Welt, die man als „hereditäre Syphilis“ bezeichnet. Diese Erkrankung ist keine wirkliche Syphilis, und aus diesem Grunde wird die Mutter von dem Kinde nicht inficirt. 10) Es giebt keine klinische Beobachtung aus neuerer Zeit, die völlig mit dem Colles'schen Gesetze in Einklang stände. [Es wäre höchst gefährlich, wenn man aus diesen Anschauungen Schlüsse in Bezug auf das Verhalten in der Praxis zöge. Es bleibt nach wie vor streng verboten, einem hereditär syphilitischen Kinde eine gesunde Amme zu geben. Ref.]

Ueber ein bisher wenig beachtetes Symptom der hereditären Lues; von Dr. M. Krisowski. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 41. 1895.)

Kr. berichtet aus der Dr. Joseph'schen Poliklinik über einen 17jähr. Sattlergehülfen, der ein markstückgrosses circinär begrenztes, tief zerklüftetes und mit stark

infiltrirten Rändern versehenes Geschwür in der rechten Nasolabialfalte aufwies. Das Geschwür war gänzlich schmerzlos. Am harten Gaumen fanden sich Narbenzüge, die eine Verwachsung mit der hinteren Rachenwand hergestellt hatten; ausserdem bestand eine Sattelnase. Neben diesen Symptomen der hereditären Lues fanden sich noch um den Mund herum etwa 20 lineäre, radiär gestellte, 2—4 cm lange, mehr oder weniger tiefe Hautnarben, die von Kinn, Wange und Oberlippe nach der Mundöffnung zustrahlten und sich auf die Lippenschleimhaut fortsetzten.

Diese lineären, oft sehr zarten, radiär um den Mund gestellten Narben sind charakteristisch für hereditäre Lues; sie entstehen aus Rhagaden, die sich aus dem mit Papeln und Plaques besetzten Lippensaume hereditär syphilitischer Kinder in Folge der beim Schreien eintretenden Zerrungen und Bewegungen der Lippen bilden. Lupus, Cancroid kommen in diesem ersten Lebensalter differentialdiagnostisch nicht in Betracht, und die bei Ekzemen auftretenden Rhagaden heilen ohne Narben ab, da bei ihnen die Cutis unverletzt bleibt. Das Vorkommen dieser Narben ist kein seltenes, wenn sie auch nicht häufig so zahlreich auftreten mögen, wie im vorliegenden Falle; aber auch in geringer Anzahl vorhanden sind sie beweisend für hereditäre Lues.

Chancre of the tonsil and tongue, with report of four cases; by T. C. Evans. (New York med. News LXVIII. 19; May 9. 1896.)

E. berichtet über 4 extragenitale Schanker, von denen 3 auf einer Tonsille und 1 auf der Zunge ihren Sitz hatten. Es fanden sich Ulcerationen vor mit starken Drüsenschwellungen, denen später das Exanthem folgte. Schanker der Zunge ist seltener als Schanker der Mandeln, die im Munde am häufigsten einen Primäraffekt aufweisen. Die Infektion geschieht in der Regel durch Küssen oder durch den Gebrauch eines inficirten Trinkgefässes, oder eines Musikinstrumentes, oder einer Pfeife. In den angeführten Fällen war die Art der Ansteckung nicht zu ergründen.

Ein Fall primärer Syphilis der Conjunctiva; von Dr. W. Reiss. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXV. 1. p. 19. 1896.)

R. theilt folgenden Fall aus der dermatologischen Klinik in Krakau mit.

Ein 25jähr. Pat., der seit 8 Wochen an einer trachomatösen Conjunctivitis erkrankt war, bemerkte vor etwa 14 Tagen einen Druck am unteren linken Augenlide und hatte das Gefühl, als wenn ein fremder Körper darin sässe; bald schwollen die Drüsen in der Gegend des linken Kiefergelenkes an. Es fand sich das linke Auge stark geröthet, die Bindehaut des Bulbus und der Lider chemotisch, mit Trachomgranulationen besät; am äusseren Lidwinkel im unteren Lide eine erbsengrosse flache knorpelartige Geschwulst. Deutliche Roseola des Stammes und der Extremitäten. Die Initialsklerose war nach diesem Befunde schon viel früher vorhanden gewesen, als sich aus der Anamnese ergab, war aber wohl zunächst als einfache Erosion angesehen worden, bis sich die charakteristische Derbheit und die Begleiterscheinungen entwickelt hatten. Vielleicht wurde die Infektion durch einen Pinsel bei der Trachombehandlung übermittelt. Unter einer Schmierkur schneller Rückgang aller Erscheinungen.

Syphilis maligna; von Prof. Tarnowsky. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 7. 8. p. 324. 426. 1896.)

In einem Vortrage, den T. unter Anführung von Krankengeschichten und Demonstration von Präparaten bei dem 3. internationalen dermatologischen Congresse zu London im August 1896 hielt, gelangt er zur Aufstellung folgender Sätze:

Die Bestimmung der grösseren oder geringeren Bösartigkeit der Syphilis muss auf der vergleichenden Abschätzung des Gesammtschadens beruhen, den das Leiden dem erkrankten Organismus zufügt. In diesem Sinne erlangt die Syphilis mehr oder weniger ungünstige Bedeutung in Abhängigkeit sowohl von der Form, als auch von der Oertlichkeit der Krankheitserscheinungen. Hinsichtlich der Form der Erscheinungen nimmt die Syphilis einen schweren und eigenartigen Verlauf in Folge gleichzeitiger gemischter Ansteckung mit Syphilis und pyogenen Kokken (Staphylococcia syphilitica). Wenn der Staphylococcus pyogenes albus und aureus zuweilen mit einer besonderen Art von Bacillen im Körper einen günstigen Boden antrifft und sich darin zugleich mit dem Infektionstoff der Syphilis entwickelt, so bewirkt er Phagedänismus in der Primäraffektion, Vereiterung in den zunächst gelegenen Drüsen und darauffolgende Eruption syphilitischer Knoten (Ecthyma profundum, rupieforme, Impetigo profunda rodens, Rupia). Letztere können zu gleicher Zeit mit einem Ausschlage rein syphilitischer Natur, sekundärer Natur, mit erythematösen Flecken, trockenen und nässenden Papeln u. s. w. auftreten. Die Summirung der toxischen Wirkung bei gemischter Ansteckung verleiht dem ganzen Krankheitbilde einen akuteren Charakter, besonders im Anfange, mit Neigung zu weiteren Recidiven in Gestalt eiterig-syphilitischer Knoten. Doch bedingt die gemischte Ansteckung nicht unabwendbar Uebergang der Krankheit in die gummöse Periode, die viele Jahre nach der Infektion auftreten oder unter günstigen Umständen ganz ausbleiben kann. Die Beimengung pyogener Kokken zur Syphilis kann auch im Verlaufe der ganzen sekundären Periode stattfinden und offenbart sich dann in der Bildung eiterig-syphilitischer Knoten in der Haut, die diese Kokken oder gleichzeitig die oben erwähnten Bacillen enthalten. Diese Knoten können in Folge der Behandlung resorbirt werden oder aufbrechen und sekundäre Geschwüre bilden, die die Syphilis auf Gesunde übertragen, gegenüber den gummösen Geschwüren, die nicht mehr ansteckend sind. Die in den eiterig-syphilitischen Knoten vor dem Aufbruche in grosser Menge enthaltenen pyogenen Kokken finden sich in erweichten, aber nicht aufgebrochenen gummösen Knoten nicht. In der tertiären Periode kommen eiterig-syphilitische Erscheinungen verhältnissmässig selten vor, wie z. B. das phagedänische Gumma. Alle Bedingungen, die den von Syphilis befallenen Körper rasch schwächen, wie Trunksucht, Diabetes, akute Infektionkrankheiten, physische Auszehrung, gemüthliche Depression und Uebermüdung, begünstigen die Infektion mit pyogenen Kokken.

Ausser dieser gemischten eiterig-syphilitischen Ansteckung kann die Syphilis auch in reiner Form ohne Hinzutreten anderer Infektionen einen bösartigen Verlauf nehmen. Die schweren Formen bestehen in solchen Fällen hauptsächlich in rascher und starker Affektion der Gefässe am Orte der Primärsklerose, wodurch häufig Gangrän entsteht. Im weiteren Verlaufe treten alsdann bald gummöse Erkrankungen auf, zuweilen mit Ueberspringung aller sekundären Erscheinungen oder gleichzeitig mit ihnen im 1. oder 2. Jahre. Die Ursachen für das frühe Auftreten gummöser Processe sind wenig bekannt; Mangel einer Quecksilber- oder Jodbehandlung kann nicht als Hauptgrund gelten. Im mittleren und nördlichen Russland bewirken chronische Malariaformen am meisten ein rasches Auftreten der gummösen Periode.

Wie die Form, so gewinnt auch die Oertlichkeit der syphilitischen Erscheinungen einen grossen Einfluss hinsichtlich des Grades des dem Körper zugefügten Schadens. Eine der Zeit nach frühe und ihren pathologisch-anatomischen Veränderungen nach leichte Syphilis kann für den Kranken durch ihre Lokalisation schwer werden, und umgekehrt kann eine tardive in ihren Aeusserungen schwere gummöse Syphilis bei günstiger Lokalisation mit Bezug auf den Allgemeinzustand gutartig verlaufen. Die Lokalisation der Syphilis hängt am meisten von dem Grade und der Dauer der Reizung eines bestimmten Körpertheiles ab; ferner von der Steigerung der Funktionfähigkeit und von angeborener oder vererbter Disposition gewisser Organe oder Gewebe zu Erkrankungen.

Alle 3 angeführten Typen der Syphilis maligna, die gemischte eiterig-syphilitische Ansteckung, das frühe Auftreten der gummösen Periode und die ungünstige Lokalisation können sich gegenseitig compliciren, und es giebt Uebergangformen zwischen ihnen und Abweichungen von den geschilderten Typen. Dadurch können äusserst mannigfaltige klinische Bilder der malignen Syphilis entstehen.

Leichte, in die gummöse Periode nicht übergehende und abortive, auf die Primäraffektion allein beschränkte Syphilisformen sowohl als völlige Immunität gegen Syphilis kommen hauptsächlich bei Leuten vor, deren Eltern syphilitisch gewesen sind. Doch lassen sich durch elterliche Syphilis nicht alle Fälle abgeschwächter Empfänglichkeit oder völliger Immunität erklären.

Eine von den ersten Tagen der Aeusserung der Infektion angefangene und im Laufe zweier, dreier Jahre systematisch zu wiederholende Quecksilberbehandlung ist das Wirksamste unter den uns bekannten Mitteln zur Abschwächung aller schweren und bösartigen Syphilisformen und zur Heilung des Kranken. Nach der specifischen Behandlung ist eine der wesentlichsten Bedingungen erfolgreicher Bekämpfung der bösartigen Syphilis, besonders bei raschem Auftreten gummöser Formen, ein gleichmässiges, warmes Klima. Von allen Quecksilberpräparaten erreichen die schnellste und anhaltendste Wirkung intramuskuläre Einspritzungen suspendirter Präparate, und zwar des Calomels, des Sublimats und des Salicylquecksilbers; das letztere ist wegen der geringen Schmerzhaftigkeit, die es bei der Einspritzung verursacht, vorzuziehen.

Zur Statistik der tertiären Syphilis; von Dr. Julius Raff. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 1. p. 7. 1896.)

Der mathematische Beweis dafür, dass das Quecksilber die tertiäre Syphilis seltener macht, ist noch nicht erbracht. Um ihn zu liefern, bedarf es einer langen Beobachtung des Verlaufes bei allen Luetischen, nicht blos der Zusammenstellung tertiärer Fälle. Zur Anfstellung einer Statistik, die in gleicher Weise tertiär und nicht tertiär Gewordene umfasst und ihren Vergleich gestattet, eignet sich am besten die Beobachtung der Prostituirten. Auf Veranlassung und unter Mitwirkung Jadassohn's untersuchte R. 1253 Prostituirte, die theils im Allerheiligen-Hospital in Behandlung gewesen waren, theils unter polizeiärztlicher Beobachtung standen, sowie die im Gefängnisse und Arbeitshause befindlichen. Es hatten von diesen 772 nur Früherscheinungen gehabt (= 61.6%), 39 (= 3.1%) hatten Früh- und Späterscheinungen aufgewiesen und ebenfalls 39 nur Spätersoheinungen; bei 403 (= 32.1%) wurden überhaupt keine Erscheinungen von Syphilis beobachtet. Unter den 850 syphilitischen Prostituirten (772 + 39 + 39) aller Jahrgänge waren demnach bei 78 tertiäre Erscheinungen vorhanden (= 9.1%), dagegen wiesen von 811 (772 + 39) aller Prostituirten, deren Frühsyphilis bekannt geworden war und die in Folge dessen mit Quecksilber behandelt worden waren, 39 tertiäre Erkrankungen auf (= 4.8%). Diese Differenz von 4.3% kann nur durch die Quecksilberbehandlung erklärt werden, da die beobachteten Personen in allen anderen Beziehungen unter ganz gleichen Verhältnissen waren. Nun überwiegen allerdings unter diesen Kranken die nur kurze Zeit beobachteten bedeutend; aber auch wenn man die älteren Jahrgänge zusammenstellt, so ist immer der Procentsatz der Tertiärsyphilitischen unter den überhaupt mit Quecksilber Behandelten ein wesentlich geringerer als unter allen, d. h. mit Zurechnung der „unvermittelten Spätsyphilis“. Es könnte noch der Einwand erhoben werden, dass die Fälle, in denen Syphilis überhaupt nicht beobachtet worden war und die deshalb nicht berücksichtigt wurden, für die Controle latent geblieben seien; sie könnten definitiv ausgeheilt sein oder noch tertiär werden. Auch unter dieser Annahme ergeben sich unter 442 (403 + 39) nie mit Quecksilber Behandelten 39 = 8.8% mit tertiärer Syphilis, ein um 4% grösserer Satz als unter den manifest Syphilitischen, zweifellos ist aber diese Annahme zu ungünstig, denn besonders in den ersten Jahrgängen sind sicher viele nicht Inficirte. Selbst bei ungünstigster

Berechnung sind demnach die mit Quecksilber behandelten Prostituirten in Bezug auf die Häufigkeit tertiärer Symptome günstiger gestellt als die nicht mit Quecksilber behandelten. Es stellte sich ferner heraus, dass, wenn die Quecksilberbehandlung unter ein gewisses Maass herunterging (eine Kur und weniger), ihr Einfluss sehr wesentlich geringer war, als wenn sie in mindestens zwei Kuren bestand.

Ueber das Leukoderma syphiliticum; von Dr. Max Dreysel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 42. 1896.)

Auf Veranlassung Jadassohn's prüfte D. die Angaben Lewin's, der gegen die diagnostische Verwerthung des Leukoderms sein Vorkommen bei 4% von 4800 nicht syphilitischen Weibern anführte. Die Personen waren Kranke, „die nie syphilitisch waren und zur Zeit der Untersuchung nur an lokalen venerischen Affektionen litten“. Das Vorhandensein lokaler venerischer Erkrankungen lässt aber diese Leute in Bezug auf ihre Anamnese nicht unverdächtig erscheinen; andererseits lässt sich durch objektive Kennzeichen nicht mit Sicherheit die Diagnose stellen, dass ein Mensch „nie syphilitisch“ war.

D. untersuchte 2018 weibliche Kranke in den inneren und chirurgischen Abtheilungen des Allerheiligen-Hospitals und anderer Krankenanstalten Breslaus und fand 3 Fälle von Leukoderm vor, wobei alle leukodermähnlichen Erscheinungen, speciell die häufigen oberflächlichen Narben der Nackenhaut, sorgfältig ausgeschlossen wurden. Es ergab dies nur 0.15% Leukoderma bei „nicht Syphilitischen“. Die von Jadassohn und Raff im vorigen Jahre vorgenommene Gesammtuntersuchung aller Prostituirten Breslaus ergab unter 700 Prostituirten 291, die weder nach den Akten, noch nach der von ihnen aufgenommenen Anamnese eine Lues durchgemacht hatten und die auch keinerlei Erscheinungen florider oder abgelaufener Syphilis aufwiesen; bei 11 von diesen (scheinbar) nicht syphilitischen, aber durch ihren Lebenswandel auf Syphilis verdächtigen Frauen fand sich ein typisches Leukoderm am Halse, d. h. ungefähr bei 4% (3.78%) ganz wie in Berlin. Die Kranken Lewin's können wohl früher eine Syphilis durchgemacht haben; auch die 3 typischen Fälle von Leukoderma, die unter den 2018 untersuchten Patienten sich fanden, müssen keineswegs als nichtsyphilitisch aufgefasst werden; die eine Kranke lebte von ihrem Manne getrennt und mit einem Liebhaber zusammen, die beiden anderen waren nicht Virgines intactae. Ein 4. Fall, der zuerst als „Leukoderma non syphiliticum“ gebucht war, fand sich bei einer Kranken der gynäkologischen Abtheilung, die kurze Zeit später mit nässenden Papeln an den Genitalien in die dermatologische Abtheilung kam. Die differential-diagnostisch in Frage kommenden Affektionen, wie Vitiligo, Pityriasis versicolor, Chloasmata können wohl immer bei sorgfältiger Untersuchung vom Leukoderm abgegrenzt werden. Vereinzelte zweifelhafte Fälle dürfen jedenfalls nicht zur Aufstellung eines „Leukoderma non syphiliticum“ dienen; die Statistik Lewin's ist nicht im Stande, die relative Häufigkeit oder überhaupt die Existenz eines solchen zu erweisen. Wenn es überhaupt vorkommt, so gehört es zu den grössten Seltenheiten und ist nicht im Stande, die diagnostische Bedeutung des Leukoderms für die Syphilis einzuschränken.

Circinäre syphilitische Erytheme (Neurosyphilide Unna); von Dr. L. Nielsen. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXII. 10 u. 11. p. 500. 1896.)

N. hat 24 circinäre syphilitische Erytheme zusammengestellt, die er während einer 5jährigen (1890—1895) Thätigkeit als Sekundärarzt am Vestre-Hospital (für Prostituirte) in Kopenhagen beobachten konnte. Diese Form, von Fournier und von Unna genauer beschrieben, trat in 7 Fällen als erstes oder zweites Recidiv auf, und zwar 10 Monate bis $1^1/_2$ Jahre nach der Infektion, in den übrigen Fällen 2 und viele Jahre später. Die Syphilis hatte bei sämmtlichen Kranken einen bisher milden Verlauf genommen, in 6 Fällen liess sich vor dem Auftreten der Erytheme eine Periode der Latenz von 7—12 Jahren feststellen. Nur die wenigsten Kranken hatten eine im Sinne Fournier's durchgeführte merkurielle Behandlung erfahren; eine solche scheint demnach nicht, wie Fournier annimmt, eine wesentliche Voraussetzung für das Auftreten des Exanthems zu sein. In allen Fällen war die Syphilis sehr frühzeitig erworben; der Gesundheitzustand der Kranken war trotz ihrer Lebensgewohnheiten ein guter. Das Erythem bestand aus in der Regel münzgrossen oder grösseren runden Flecken, Ringen und Bogentheilen. Diese haben gleich bei ihrem Auftreten ihre volle und bleibende Grösse und können durch Zusammentreffen und Ineinanderhineingreifen vielförmige polycyklisch begrenzte Figuren bilden. Eigenthümlich sind systematische Combinationen dieser Elemente, gruppenweise Zusammenstellungen zu grossen diffusen Plaques und circinäre Gruppirungen von Flecken oder Ring- und Bogenelementen, indem diese mitsammen festonnirte (sekundäre) Ringe oder Bogenstücke bilden von zuweilen enormen Dimensionen, eine normale Hautpartie umschreibend. Diese circinäre Gruppirung mit Bildung von Ring- und Bogenformationen von sehr bedeutender Grösse gehört jedoch hauptsächlich dem spät im Verlaufe der Syphilis auftretenden tardiven Erythem an; trotz des ganz oberflächlichen Charakters der Efflorescenzen besteht demnach eine auffallende Uebereinstimmung mit den tieferen und destruktiven, eigentlich tertiären Syphiliden; ein serpiginöses Vorschreiten findet dagegen nicht statt. Die Farbe der Erytheme ist in der Regel eine schwach rosige, an den Beinen kann sie mehr dunkelroth sein; häufig ist eine gelbliche Nuance beigemischt. In einzelnen Fällen kamen auch papulöse Elemente zur Beobachtung. Wenn sich

die Hyperämie verloren bat, kann die Pigmentirung zunehmen und ein posterythematöses Pigmentsyphilid entstehen lassen. Während das Erythem, wenn es früh auftritt, über den grössten Theil der Haut verbreitet gefunden wird, hat es, später auftretend, eine grössere Vorliebe für bestimmte Gegenden, Oberschenkel, Unterarme, Rücken, Lendengegend, Unterleib. Die Dauer des Erythem kann ziemlich unbegrenzt sein, von Monaten his zu Jahren sich erstreckend; es besteht eine grosse Neigung zu Recidiven. Nur in wenigen Fällen liessen sich gleichzeitig andere syphilitische Erscheinungen nachweisen. Die specifische Behandlung gab gute Resultate; eine gründliche Schmierkur und gleichzeitige Jodkaliumbehandlung bringt die Erkrankung in nicht zu langer Zeit zum Verschwinden. Eine später wieder aufgenommene intermittirende präventive Behandlung wird aller Wahrscheinlichkeit nach die Kr. auch vor Recidiven schützen.

Ein Fall von Syphilis mit consekutiver multipler Knochenfraktur; von Dr. S. Réna. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXV. 1. p. 61. 1896.)

R. beobachtete 2mal Knochenbrüche in Folge von Osteomyelitis gummosa:

1) Ein 33jähr. Arzt, im Jahre 1879 syphilitisch inficirt und kaum behandelt, erschien am 6. Juni 1890 mit periostaler Anschwellung des Stirnbeines und spindelförmiger Verdickung beider Schlüsselbeine. Am 10. Juni brach er das linke Schlüsselbein bei einer hastigen Bewegung im Bade; unter Schmierkur völlige Heilung innerhalb einiger Wochen.

2) Ein 35jähr. Bettler, körperlich und geistig heruntergekommen, litt seit dem 7. Lebensjahre an Epilepsie. Im 16. Jahre Anschwellungen und Geschwüre am linken Unterschenkel; im 20. Jahre fiel der linke Unterschenkel im oberen Drittel ab, als wie amputirt, und der Stumpf heilte spontan. Gleichzeitig traten am rechten Unterschenkel Anschwellungen und Geschwüre auf, die zu säbelförmiger Verkrümmung des rechten Schienbeins und Contraktur des Kniegelenkes führten. Seit 7 Jahren Geschwür am Manubrium sterni. Vor 3 Jahren begannen die rechte Mittelhand, Handwurzel und Vorderarm anzuschwellen und zu verschwären; der rechte Vorderarm brach vor 3 Jahren Nachts im Bette, in Folge dessen eine Verkrümmung eintrat; der linke brach vor 2 Jahren. Vor 2 Monaten traten reissende Schmerzen im oberen Drittel des rechten Oberarmes auf, es entwickelte sich eine Anschwellung und bei einer Bewegung im Bett kam es zu einer Infraktion und Verkrümmung. Vor 3 Jahren Anschwellung und Geschwüre in der Umgebung der Ellenbogengelenke und am linken Oberarme; Pseudoankylose beider Ellenbogen. Seit 2 Jahren Ulceration und Knochennekrose auf der Stirn und an der Nasenwurzel. Der Kr. war noch nie in ärztlicher Behandlung gewesen und hatte nie coitirt. Starke Kachexie. Mundschleimhaut normal. Nachdem der Kr. über 1½ Jahre im Spital zugebracht und Jodkalium, sowie einige Quecksilberinjektionen erhalten hatte, verliess er im August 1893 das Spital. 2 Jahre später kam er seiner Epilepsie wegen wieder herein; die Geschwüre waren nahezu sämmtlich vernarbt, an der rechten Schulter fand sich eine handtellergrosse strahlige Narbe und an der Stelle des Akromion Crepitation. Wegen schwerer Stomatitis konnten nur 5 Einreibungen gemacht werden; Jodkalium nahm der Kr. dagegen 4 Wochen hindurch und wurde sehr gekräftigt und gestärkt entlassen.

Behandlung recenter Syphilis mit tertiär-syphilitischem Serum; von Prof. C. Boeck. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXV. 3. p. 387. 1896.)

B. erprobte seit November 1894 bei 7 Privatkranken die Hydroceleflüssigkeit eines vor 6 Jahren syphilitisch inficirten Mannes. In 6 Fällen wurde die Behandlung vor dem Auftreten der sekundären Erscheinungen begonnen, im letzten erst nach dem Ausbruche des Exanthems. Die Hydroceleflüssigkeit war mit einem sterilisirten Trokar entleert und vor der Injektion filtrirt worden; die Einspritzungen wurden subcutan in den Rücken gemacht, und zwar genügten in den einzelnen Fällen 32—42—60—70—92.0 Serum, ein Fall dagegen erforderte 301.0; allerdings schien das Serum in diesem Falle weniger wirksam zu sein, weil der tertiär-syphilitisch Kranke, von dem es stammte, schon lange mit Jodkalium behandelt worden war. Nur in einem Falle wurde noch etwas Jodkalium gegeben, da der Serumvorrath zu Ende war. Der Einfluss der Einspritzungen war ganz unverkennbar und meistens recht auffallend. Die Primärsymptome bildeten sich schneller zurück als bei exspektativer Behandlung, auch die Drüsenschwellung der Primärperiode ging zurück. In den Fällen, in denen die Einspritzungen vor dem Auftreten der Sekundärerscheinungen begonnen wurden, verzögerten sich die sekundären Symptome etwas. Sie waren ferner ausserordentlich abgeschwächt, die Exantheme zum Theil kaum bemerkbar, die Schleimhauterkrankungen äusserst geringfügig. Das Allgemeinbefinden besserte sich schnell und regelmässig. Die sekundäre Periode war bedeutend verkürzt. Die Einspritzungen waren um so wirksamer, je früher sie begonnen wurden. Das tertiäre Serum war viel wirksamer, als das sekundäre. Eine ebenso schnelle und augenfällige Wirkung auf die Symptome der Frühsyphilis, wie es die gewöhnlichen Specifica, Quecksilber und Jod, thun, üben jedoch die Seruminjektionen entschieden nicht aus. Anders liegt aber die Frage, welches Mittel die Frühperiode am schnellsten und sichersten zu Ende bringt? Das natürliche Antitoxin, das Serum, wird dem sich während der Krankheit im Körper bildenden Antitoxin hinzugefügt, während bei der Einverleibung von dem Organismus ganz fremden Antidoten der Kampf zwischen Organismus und Virus zwar sistirt wird, aber doch nur für eine Zeit. 6 Kr. wurden noch viele Monate lang beobachtet und es ergab sich, dass die manifeste Sekundärperiode bei ihnen durchschnittlich 4 Monate und 12 Tage gedauert hatte.

Serotherapie als Heilmittel der Syphilis; von Prof. Tarnowsky. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 1. p. 63. 1896.)

Nachdem T. durch frühere Versuche festgestellt hatte, dass Füllen im Gegensatze zu Hunden, Lämmern, Schafen, Ziegen, Eseln, die gegen Syphilis immun sind, einigermaassen gegen Impfung mit Syphilisgift empfänglich erscheinen, indem in den Lymphdrüsen, der Leber, dem Herzen, den Gefässen herdartige interstitielle Ent-

zündungen auftraten, suchte er durch wiederholte Impfungen die Thiere immun zu machen und das aus ihrem Blute gewonnene Serum therapeutisch zu verwerthen. Es wurden bei 6 Kranken, von denen 5 ihr erstes polymorphes Syphilid aufwiesen, einer in der gummösen Periode der Syphilis sich befand, 20—25, bez. 8 Injektionen mit 380—485, bez. 140 ccm Serum vorgenommen. Die Ergebnisse waren keine günstigen, der Verlauf der syphilitischen Erkrankung wurde nicht günstig beeinflusst weder in der frühen, noch in der Spätperiode. Das Allgemeinbefinden der Kranken verschlimmerte sich; 4mal bewirkten die Einspritzungen den Ausbruch eines Erythema urticans mit Muskel- und Gelenkschmerzen, in 2 Fällen gleichzeitig Purpura; grössere Serumquantitäten (20 ccm) erhöhten die Körpertemperatur um 8—9 Zehntel; 3mal wurde vorübergehend Albuminurie beobachtet.

Ausgehend von dem Gedanken, dass das dem Blute einverleibte Quecksilber ähnlich den „Antagonisten“ nicht durch Vernichtung oder Neutralisirung der syphilitischen Toxine wirke, sondern durch Erregung der Widerstandsfähigkeit des kranken Körpers, hält es T. für möglich, dass das Serum von Thieren, die einigermaassen für Syphilis empfänglich sind und nach Einführung von Quecksilber in das Blut eine Steigerung ihrer Immunität erlangt haben, als Träger der „Antagonisten“ günstige Ergebnisse an Menschen liefern wird. Zu diesem Zwecke hat T. begonnen, gesunde Füllen durch wiederholte intramuskuläre Calomel-Injektionen zu merkurialisiren, dann Serum von solchen Thieren herzustellen und dieses syphilitischen Kranken einzuspritzen. Die Ergebnisse dieser Art der Anwendung der Serotherapie sollen bald mitgetheilt werden.

Sur l'action des injections de sérum du cheval sur le sang chez les syphilitiques; par le Dr. Alexandre Lousien. (Arch. russes de Pathol. etc. II. 2. p. 278. 1896.)

L. theilt die Ergebnisse mit, die mit Injektionen von Pferdeserum bei Syphilitikern der Stukowenkoff'schen Klinik in Kiew erhalten wurden. Die Thiere waren vorher nicht mit Syphilisgift geimpft worden. Das Serum wurde in Dosen von 4—12 ccm bei 7 Kranken injicirt, die an florider sekundärer Syphilis litten. Es zeigte sich, dass das Pferdeserum keinen Einfluss auf das Blut der Kranken ausübte; es war nicht im Stande, die Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins, sowie die Vermehrung der weissen Blutkörperchen zu verhindern. Die krankhaften Veränderungen der Haut und Schleimhaut wurden ebenfalls nicht im Geringsten beeinflusst; bei einigen Kranken verschwand zwar die Roseola, jedoch nur, um einem papulösen Exanthem Platz zu machen. Die Ergebnisse waren demnach völlig negativ, indem das Serum weder als Specificum, noch als Adjuvans bei der Behandlung der Syphilis sich wirksam zeigte.

Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

120. **Die Verkürzung der Ligamenta rotunda und der Ligg. sacro-uterina mittels Coeliotomia vaginalis anterior**; von E. Wertheim und L. Mandl. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 18. 1896.)

Wenn man die Retrodeviation des Uterus durch Verkürzung der Ligg. rotunda zu beseitigen versucht, so hebt man wohl den Fundus uteri, hat aber viel weniger Einfluss auf die unteren Partien, speciell die Verlagerung der Portio nach hinten, als bei dem ursprünglichen Mackenrodt'schen oder Dührssen'schen Verfahren. Ist nun die zu corrigirende Retrodeviation, wie so häufig, mit Erschlaffung der oberen Scheidenabschnitte und der Ligg. sacro-uterina verbunden oder durch sie bedingt, oder handelt es sich um Beseitigung eines Prolapses, so genügt das Verfahren nicht. W. und M. empfehlen deshalb auch die Kürzung der Ligg. sacro-uterina von der eröffneten Plica vesico-uterina aus. Man kann 6—7 cm vom Collum uteri in die Höhe gehen und diese Stelle mit dem uterinen Ende des Ligaments vernähen (unresorbirbares Material, tiefe Nähte). Das Knüpfen der Fäden geschieht erst nach beiderseitigem Anlegen, da sonst der Platz zu eng wird. 3 Fälle.

Glaeser (Danzig).

121. **Ueber die künstliche Verkürzung der Ligamenta lata (Ligg. cardinalia) von der Scheide aus bei Prolaps und Retroversio uteri**; von Prof. Kocks in Bonn. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 32. 1896.)

Nach Ansicht K.'s ist eine radikale Heilung der Retroflexio nur dadurch zu erreichen, dass man den Beckenboden, in dem der Uterus sitzt und der den Uterus hält, zum Angriffspunkt wählt. K. löst deshalb die Blase, wie bei der vaginalen Totalexstirpation, bis zum Peritonäalansatz, aber auch seitlich von den Ligg. latis ab, dann werden Nähte durch die Ligamente von aussen nach innen gelegt und beide Ligamente vor dem Uterus vernäht. Es entsteht also eine vertikale Nahtreihe vor dem Uterus. Darüber wird dann die Blase wieder quer auf die Vagina genäht. K. operirt also durchaus extraperitonäal. 2 Fälle von Prolaps, eine Retroversio. Heilung. Bei Prolapsen räth K. die Kolporrhaphie anzufügen.

Glaeser (Danzig).

122. **Adenoma cervicis malignum cysticum**; von K. Knauss u. P. Camerer. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIV. 3. p. 446. 1896.)

46jähr. Mehrgebärende, letzte Entbindung vor 13 Jahren. Seit 5 Wochen unregelmässige Blutabgänge,

Ein aus dem Orific. extern. hervorragender, haselnussgrosser, gestielter Polyp von kirschrother Farbe wurde am 25. Oct. 1893 abgetragen. Nach einigen Wochen wieder stärkerer Blutabgang; die Untersuchung ergab an der früheren Insertionsstelle des Polypen eine halbkugelige Neubildung. Sie wurde mit dem scharfen Löffel entfernt und erwies sich als *malignes Adenom* der Cervix. Am 27. Jan. 1894 Totalexstirpation des Uterus, reaktionsloser Verlauf. Seitdem Wohlbefinden (bis April 1896).

Bei der Untersuchung des exstirpirten Uterus ergab sich, dass die Geschwulst auf einem Längsschnitte der Wand fast deren Hälfte einnahm; die rechte Wand der Cervix war von einer längsovalen, weichen, porösen Geschwulst von ca. 4 cm Länge bis auf eine kaum $1/2$ cm dicke, noch anscheinend normale Aussenschicht eingenommen und aus den zum Theil gut millimeterweiten Hohlräumen quoll weisslicher Schleim hervor.

K. und C. fassen ihre Beobachtung als Uebergang zu den seltenen Fällen von Cystosarkom, bez. Fibroadenom und Adenomyxosarkom der Gebärmutter auf. Jedenfalls handelt es sich um eine vorwiegend aus Drüsen bestehende, der ganzen Entwickelung und dem Sitze nach unzweifelhaft aus der Schleimhaut hervorgegangene Geschwulst.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

123. **Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Carcinom und Sarkom im Uteruskörper**; von R. Emanuel. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIV. 1. p. 1. 1896.)

Kürzlich hat Niebergall (Jahrbb. CCL. p. 123) über einen Fall von gleichzeitigem Vorkommen von Sarkom und Carcinom des Uterus berichtet; eine ähnliche Beobachtung theilt nun auch E. im vorliegenden Aufsatze mit:

Eine 47jähr. Frau litt an täglich wiederkehrenden, wehenartigen Schmerzparoxysmen im Unterleib. Bei der Untersuchung fand sich dicht über dem inneren Muttermund ein taubeneigrosser, weicher Tumor, der, breit vom Fundus entspringend, polypenartig in die Uterushöhle hineinragte. Die mikroskopische Untersuchung ausgeschabter Geschwulsttheile ergab die Diagnose: Rundzellensarkom des Uteruskörpers. Totalexstirpation des Uterus; glatte Heilung. Die Frau ist 3 Jahre nach der Operation recidivfrei geblieben. Die mikroskopische Untersuchung des exstirpirten Uterus bestätigte die Diagnose Rundzellensarkom, ergab aber ausserdem das Bestehen einer diffusen adeno-carcinomatösen Entartung der übrigen Uterusmucosa [Abbildung].

E. theilt zum Schlusse mit, dass das sicherste Kriterium für die Schleimhautsarkome des Uteruskörpers im histologischen Sinne die Riesenzellen bilden, die bei allen Formen dieser Tumoren gefunden werden können, am häufigsten aber in Rundzellensarkomen vorkommen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

124. **Primäres medullares Carcinoma tubae**; von Alfr. Rosthorn. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 2 u. 3. p. 177. 1896.)

Eine 59jähr. Frau klagte seit 6 Jahren über hartnäckigen Ausfluss. Die Untersuchung ergab eitrige Sekretion des senil atrophischen Uterus und einen leicht nachweisbaren cystischen Tumor der rechten Adnexe; ausserdem leichte Anschwellung der Leistendrüsen beiderseits und taubeneigrosse Cyste der Bartholinischen Drüse. Totalexstirpation des Uterus sammt den rechtseitigen Adnexa. Nach 3 W. verliess die Frau geheilt die Anstalt. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein medulläres Tubencarcinom handelte. Nach etwa $1/2$ Jahre wesentliche Verschlimmerung und schnelles Wachsthum der Drüsen zu harten Packeten. Operative Entfernung der Drüsen, Tod nach 14 Tagen. Die anatomische Diagnose lautete: Carcinoma recidivum in vulnere post exstirpationem uteri et adnex. dextr. per vaginam, progrediens ad tubam sin. — Carcinoma secund. glandul. lymphat. inguinal. int. et extern. et retroperitoneal. cum compressione venae cavae inf. et v. iliacae commun. et extern. later. utriusqua cum thrombosi pariet. venae iliac. ext. sin. — Hydrops extremitat. inf. — Marasmus universalis. — Bronchitis catarrh. — Morb. Brightii chron. grav.

Jedenfalls handelte es sich um einen primären Eileiterkrebs; das Strukturbild stimmte im Grossen und Ganzen mit dem von Sänger als Carcinoma gyriforme bezeichneten überein.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

125. **Ueber metastatisches und gleichzeitiges Vorkommen von Krebs in der Gebärmutter und in anderen Unterleibsorganen**; von Dr. Fritz Kleinhans. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 2 u. 3. p. 97. 1896.)

48jähr. Dienstmagd, Anfang März 1893 Exstirpation eines carcinomatös degenerirten linkseitigen Ovarialkystoms. Am 10. Nov. 1894 zweite Operation: Excision der von Impfmetastasen durchsetzten Bauchnarbe und dreier, zu einem wallnussgrossen derben Knoten vordickter iliakaler Lymphdrüsen. Am 8. Febr. 1895 Exstirpation eines sekundären Carcinoma der Leistendrüsen. Am 1. März 1895 wurde festgestellt, dass die ganze Gebärmutterschleimhaut carcinomatös degenerirt war. Die vorgeschlagene Gebärmutterexstirpation wurde von der Kr. nicht zugegeben.

Der Fall zeichnet sich dadurch aus, dass man im Verlaufe der Krankheit das Vorrücken des deletären Processes nach einzelnen Etappen gleichsam Schritt für Schritt verfolgen konnte. Histologisch handelte es sich um ein Adenocarcinom.

Der zweite Fall, 50jähr. Frau, gab Veranlassung zur Exstirpation des Uterus. Dieser entsprach seiner Grösse nach dem 6. Schwangerschaftmonat und enthielt ein interstitielles Fibromyom; der vorderen Uteruswand sass ein nussgrosses Adenocarcinom auf. Die Kr. starb bald nach der Operation und die *Sektion* ergab das Bestehen von carcinomatöser Erkrankung der Leber, des Bauchfells und der Lymphdrüsen. K. wirft die Frage auf, ob man es hier mit gleichzeitiger unabhängiger Erkrankung der Gebärmutter und der anderen Unterleibsorgane zu thun hat oder ob eines dieser Organe als primärer Krebsherd anzusehen ist und die übrigen als metastatisch afficirt betrachtet werden müssen. K. neigt zu der Annahme, dass der im Uterus befindliche Krebsknoten der primäre war.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

126. **Ueber die Diagnose und Therapie des Carcinoma uteri**; von Dr. M. Lange in Königsberg i. Pr. (Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Gebiete d. Frauenhkde. u. Geburtsh., herausgeg. von Dr. M. Graefe in Halle a. S. Bd. I. Heft 6. Halle a. S. 1896. S. K. Marhold. (1 Mk.)

L. stellt an die Spitze seiner Abhandlung den Satz, dass die beste Hülfe, die einer Frau mit Uteruscarcinom von Seiten des praktischen Arztes zu Theil werden kann, ausschliesslich in einer frühzeitigen Diagnose besteht. Diese Diagnose kann nur dann dauernden Nutzen versprechen, wenn sie schon gestellt wurde, bevor durch Beobachtung das Maligne der Erkrankung aus der Un-

heilbarkeit und der Tendenz zum Zerfall und zu weiterer Ausbreitung erkannt ist.

Für Gebärmutterkrebs charakteristische Symptome giebt es nicht; deshalb sind Frauen mit Blutungen, Ausfluss und Schmerz stets intern zu untersuchen. Das Lebensalter der Kranken ist für die Diagnose nicht maassgebend, da vom 20. Lebensjahre an kein Alter von dem Uteruscarcinom verschont ist. In diagnostisch zweifelhaften Fällen muss unter allen Umständen die mikroskopische Untersuchung von durch Probeexcision oder Curettement erhaltenen Stücken vorgenommen werden. Vor einer Austastung der erweiterten Uterushöhle warnt L. den praktischen Arzt wegen der Infektionsgefahr; gefahrloser ist das Curettement, welches letztere übrigens nach L. niemals ambulatorisch ausgeführt werden darf. Bei Ulcerationen an der Portio, die nach 4wöchiger sachgemässer Behandlung nicht heilen, ist nach L. ausnahmelos eine Probeexcision zum Zwecke der mikroskopischen Diagnose vorzunehmen. Wegen der Häufigkeit der in den Ovarien sich bildenden Metastasen ist nach L. jede bei der Untersuchung gefundene Vergrösserung eines Ovarium als verdächtig zu betrachten.

Jedes Carcinom des Uterus, das auf diesen noch beschränkt ist, muss nach L. sofort durch Radikaloperation entfernt werden. Mag die Neubildung noch so klein und begrenzt sein, so ist doch jede Therapie mit Kauterisiren, Aetzen, Auskratzen u. s. w. ein grober Kunstfehler.

Von allen Methoden der Totalexstirpation hat sich nach L. die vaginale Totalexstirpation nach Czerny als die technisch leichteste und für die Kranken am wenigsten gefährliche erwiesen. Ist die vaginale Totalexstirpation in einem Falle nicht auszuführen, so kommt die gefährlichere Totalexstirpation durch Laparotomie nach Freund in Betracht. Ist auch die Umgebung bereits carcinomatös ergriffen, so sieht man nach L. am besten von jeder Operation ab.

Während der Geburt kommt bei inoperablem Uteruscarcinom meist der conservative Kaiserschnitt in Betracht; da er dem Kinde die günstigsten Chancen bietet. Die Behandlung inoperabler Carcinome ist schliesslich lediglich eine symptomatische.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

127. **Zur Complikation der Gravidität und Geburt mit Collumkrebs**; von W. Beckmann. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXIV. 1. p. 51. 1896.)

Die erste Beobachtung B.'s betraf eine 47jähr. Frau, die in der 7. Woche schwanger war. Gleichzeitig bestand ein Krebs, namentlich der hinteren Lippe. Rechts war der Krebs schon bis auf die Vagina übergegangen. Exstirpation des uneröffneten Uterus per vaginam nach vorheriger ausgiebiger Excochleation des Carcinoms. Reaktionlose Heilung. Bei der Untersuchung ergab sich, dass der Cervikalkanal in seiner unteren Hälfte vom Krebse ergriffen war, der bis in die Nähe des inneren Muttermundes reichte und die hintere Lippe fast völlig zerstört hatte. Im Uterus ein unverletztes Ei von 7 Wochen.

B. geht im Anschlusse an diese eigene Beobachtung auf die hierhergehörige Literatur ein und findet dabei, dass die Annahme, das Collumcarcinom erschwere in einer Reihe von Fällen die Conception, durch die Statistik bis jetzt nicht zu widerlegen sei; in den meisten Fällen von Schwangerschaft und Carcinom ist letzteres wohl erst während der Gravidität zur Entwicklung gekommen. Unter 165 Fällen trat 9mal Abort oder Frühgeburt spontan ein; der Abort ist also bei Uteruskrebs keineswegs häufiger als unter gewöhnlichen Umständen, eher seltener, da nach Hegar auf 8 Geburten 1 Abort kommt.

Auf Grund von 17 günstig verlaufenen Fällen kann nach B. die Totalexstirpation des graviden, vorher nicht entleerten Uterus in den ersten 4 Schwangerschaftmonaten als das normale therapeutische Verfahren angesehen werden.

Die zweite Beobachtung betraf eine 38jähr. Mehrgebärende, die spontan einen lebenden Knaben von 3900 g geboren hatte. 15 Tage post partum vaginale Totalexstirpation des Uterus, dessen Muttermundlippen und Cervixschleimhaut fast bis zum Orificium internum krebsig infiltrirt waren. Reaktionlose Heilung.

Aus dem Zeitraume von 1873—1895 liegen nach B. 22 spontane Geburten bei Krebs vor, denen 37 operative Entbindungen per vias naturales gegenüberstehen; in 41 Fällen wurde ausserdem der Kaiserschnitt ausgeführt. Als Sterblichkeit für alle 22 spontanen Geburten erhielt B. 14.5% für die Mütter und 25% für die Kinder. Von allen 58 per vias naturales entbundenen Frauen starben 14 oder 24.1% und von 53 Kindern 20 oder 37.7%. Von den 41 vermittelst Kaiserschnitt Entbundenen wurde bei 8 die Operation nach alter Methode ohne exakte Uterusnaht ausgeführt; alle 8 Frauen starben, 6 Kinder wurden lebend geboren. Von den übrigen 33 Frauen liegen nur von 32 genaue Angaben vor; es starben 14 oder 43.7%, von den Kindern 7 oder 21.8%. Von den insgesammt 98 Frauen starben 36 oder 36.7%, gleichgültig in welcher Weise die Therapie gehandhabt wurde; diese Mortalitätziffer erniedrigt sich auf 31.1%, wenn man die 8 nach alter Kaiserschnittmethode Operirten ausser Acht lässt. Von 93 Kindern starben 29 oder 31.2%.

B. stellt schliesslich im Interesse des kindlichen Lebens die Forderung auf, dass in allen Fällen von *inoperablem* Krebs, in denen eine operative Entbindung erforderlich scheint, dem Bauchschnitt von vornherein der Vorzug vor der operativen Entbindung auf natürlichem Wege zu geben ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

128. **Ueber die Veränderungen des Carcinomgewebes bei Injektionen mit „Krebsserum" (Emmerich) und Alkohol**; von Dr. E. Opitz. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 34. 1896.)

In der Breslauer Frauenklinik wurde ein inoperables Blumenkohlgewächs des Scheidentheils der Gebärmutter

nach vorausgegangener Auslöffelung und Verschorfung mit Emmerich-Scholl'schem Krebsserum behandelt. Es wurde allmählich von 1—15 g für die Einspritzung gestiegen. Nach 15 Tagen wurde die Kr. entlassen. Die Geschwulst hatte eher an Grösse zugenommen. Am Tage vorher durch Auslöffelung gewonnene Gewebestücke zeigten eine kleinzellige Infiltratien des Bindegewebegerüstes. Die Zelleo waren meist zu Detritus verändert, wo noch erhalten, glasig gequollen oder im Zustande der Schrumpfung.

Die gleichen Zellenveränderungen fanden sich in einem Scheidenkrebs, der mit Alkoholeinspritzungen behandelt wordeo war. J. Praeger (Chemnitz).

129. **Sulle lesioni delle trombe nei grossi tumori dell'utero, dei ligamenti e delle ovaia**; pel Enrioo D'Anna. (Policlinico III. 17. p. 435. 1896.)

Die Lehrbücher der Gynäkologie, auch die nouesten, berühren nur ganz flüchtig die sehr wichtige Frage, welchen Einfluss grosse Tumoren des Uterus, der Ligamente und der Ovarien auf die Tuben ausüben. D. untersuchte nnn 38 derartige Geschwülste, von denen 15 den Uterus, 8 den Eierstock, 7 die Bänder nnd 7 gleichzeitig mehrere dieser Organe hetrafen. In allen diesen Fällen waren stets Veränderungen in den Tuben zu finden. Die pathologischen Erscheinungen waren besonders stark dann ausgeprägt, wenn vorher eine katarrhalische Salpingitis bestanden hatte. Je stärker der von Seiten des Tumor auf die Tuben ausgeübte Druck war, eine desto stärkere Entwickelung nahmen die Veränderungen in den Tuben. Sie bestanden im Allgemeinen entweder in einer katarrhalischen Salpingitis, einer Hydrosalpingitis oder einer Pyosalpingitis. In manchen Fällen hatte die Compression die Tnbe zu einem Locus minoris resistentiae gemacht, so dass sich hier z. B. eine nmschriebene Tuberkulose entwickeln konnte. Schliesslich zeigte es sich, dass das Collnmcarcinom an sich keine Veränderung in der Tube herbeiführt. Wo letztere katarrhalisch erkrankt war, stammte das entweder vor der Entwickelung des Krehses her, oder musste als Begleiterscheinung einer gleichzeitig vorhandenen Metritis betrachtet werden.

Emanuel Fink (Hamburg).

130. **Doppelseitige Ovarialkyatome bei drei Schwestern**; von H. Löhlein in Giessen. (Mon.-Schr. f. Gebnrtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 91. 1896.)

Die Literatur hietet nach L. nur sehr spärlichen Anhalt für die Annahme, dass Ovarialkystome auch auf Grund ererbter Anlage zur Entwickelnng kommen können.

L. berichtet nun über drei Schwestern, bei denen sich doppelseitige Ovarialkystome gebildet hatteo. Während bei den Schwestern S. und A. die cystische Degeneration in der gleichen Zeit an *beiden* Eierstöcken sich entwickelte, lag bei der Schwester J. ein Zeitraum von 15½ Jahren zwischen den beiden Ovariotomien. Eine vierte Schwester E. war frei von Eierstockserkrankungen. In der weiteren Familie war our bei einer Tante eine offenbar carcinomatöse Unterleibsgeschwulst früher beobachtet worden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

131. **Ueber Ovariotomie von der Vagina aus**; von H. Fehling. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 30. 1896.)

Unter Hinweis auf die Misserfolge Bumm's und seine eigenen Erfahrungen (zusammen 12 Fälle, nnter denen 4mal die Operation nicht zu Ende geführt werden konnte, so dass zur Totalexstirpation oder Laparotomie geschritten werden musste), hält F. es für mindestens nicht berechtigt, die Colpotomia anterior so allgemein zu empfehlen, wie Bnmm u. A. dies gegenwärtig thun; es muss, so viel Vortheile das Verfahren an sich anch hietet, doch immer das Ansnahmeverfahren hleiben.

Glaeser (Danzig).

132. **De la présentation de la tête et le mécanisme de son engagement**; par R. de Seignenx. Dissertation. Genf 1896. (Revue méd. de la Snisse rom. XV. Mai, Juin 1896.)

de S. kommt auf Grund seiner bei 80 Gehnrten in der unter der Leitung von E. Bumm stehenden Baseler Frauenklinik gemachten Beobachtungen zu den nachfolgenden Ergebnissen:

Im Gegensatze zur gewöhnlichen Annahme fand er für die drei verschiedenen Modifikationen der Kopfeinstellung (die hintere Scheitelbeineinstellung, die vordere Scheitelbeineinstellnng und die gleichmässige Einstellung beider Scheitelbeine) ein gleich häufiges Vorkommen. Die Grössenverhältnisse des Beckens sind auf die Art der Einstellung ohne Einfluss; die klinische Beobachtung lehrt vielmehr, dass die Art der Einstellung durch die Neigung der Uterusachse zur Beckeneingangsebene bedingt wird. Die hintere Scheitelbeineinstellung ist keineswegs pathologisch; nur ausnahmeweise, d. h. bei gleichzeitig vorhandener starker Anteflexionstellnng des Uterus, ist das Tiefertreten des Kopfes erschwert. Die hintere Scheitelbeineinstellung wird häufiger hei Erst-, als bei Mehrgebärenden beobachtet; umgekehrt die vordere Scheitelbeineinstellung häufiger bei Mehrgebärenden. Die Beziehungen, die zwischen der Einstellungsart des Kopfes nnd der Neigung der Uterusachse zur Beckeneingangsebene bestehen, ergeben, dass diese Neigung sehr wechselnd ist.

Das sehr häufig vorkommende Uebereinanderliegen der Scheitelbeine und die Druckspnren auf dem einen Scheitelbeine sind nach de S. für jede Einstellungsart des Kopfes ganz charakteristisch. Stets wird das zuletzt eintretende Scheitelbein unter das vorangetretene geschoben. Ebenso zeigt auch das zuletzt eintretende Scheitelbein stets die Druckspur. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

133. **Beitrag zur Behandlung der Gesichtslagen durch manuelle Umwandlung in Hinterhauptslagen**: von Dr. B. Jungmann in Hamburg. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 189. 1896.)

Während Thorn die Umwandlung der Gesichtslage nur dann für angezeigt hält, wenn gegen Ende der ersten oder im Laufe der zweiten Ge-

burtsperiode eine Verzögerung eintritt, die bei längerer Dauer ernste Befürchtungen für das kindliche Leben aufkommen lässt, empfiehlt J. die leicht ausführbare Operation auch prophylaktisch, zu Gunsten der Mutter. Allerdings erstreckt sich seine Erfahrung nur über 3 Fälle der Münchener Klinik. Schon die in der Schwangerschaft erkannte Gesichtslage ist, wenn möglich, durch äussere Handgriffe (Schatz) in eine Schädellage zu verwandeln. Bei Gesichtslagen, bei denen in der Eröffnungsperiode das Kinn hinten steht, ist die Umwandlung in Hinterhauptslage nach der combinirten Methode (Schatz-Thorn), wenn nöthig in Narkose, zu versuchen, wenn der Muttermund für 2—3 Finger durchgängig, das Becken normal oder wenig verengt und die Frucht noch genügend beweglich ist. Bei mentoanteriorer Lage würde die Operation nur die der Gesichtslage an Gefahren gleiche Vorderhauptslage zu Stande bringen. Verboten ist der Versuch stets, wenn eine Gefahr für Mutter oder Kind besteht, die eine rasche Beendigung der Geburt (durch Wendung oder Zange) erfordert. Brosin (Dresden).

134. Ueber fötale Schädelformen mit Berücksichtigung der Hecker'schen Aetiologie der Gesichtslagen; von Dr. Jellinghaus in Halle. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 33. 1896.)

Nach Hecker wird die Gesichtslage verursacht durch eine primäre dolichocephale Schädelform, bei der sich das Foramen magnum mehr in der Mitte, als am hinteren Ende der Schädelbasis befindet. Es ist ihm indessen der Beweis nicht gelungen, dass diese Form mehr Ursache als Folge der Gesichtslage sei. Die Grösse des Angulus mastoideus (bis 130° statt der normalen 123°), die Hecker bei Gesichtslagekindern angieht, findet sich nach Messungen J.'s nicht selten im gleichen Grade bei anderen Kinderschädeln. Wenn Hecker ferner eine Vergrösserung des hinteren Hebelarmes im Verhältniss zum vorderen (6.0 : 6.2 statt 5.2 : 6.2 cm) hervorhebt, so fallen von vornherein die Beobachtungen an solchen Schädeln ausser Rechnung, auf die die Geburt umformend eingewirkt hat. Um so wichtiger ist das Vorhandensein einer derartigen Schädelform bei Kindern, die ohne Schädigung des Kopfes geboren wurden. So sah J. zwei Steisslagenkinder mit auffallend dolichocephalen Schädeln, an denen besonders die geringe Differenz zwischen geradem und grossem schrägen Durchmesser auffiel. Sicher bewiesen wird die Präexistenz dolichocephaler Kopfformen nach J. durch zwei Schädel der Hallenser Sammlung, die abgebildet und in ihren Maassen wiedergegeben werden. Der erste, von einem in Steisslage geborenen Kinde, besass eine vordere Hebelarmlänge von 5.75, eine hintere von 6.55 cm, der andere, von einer extrauterinen Gravidität stammend, eine vordere von 5.55 neben einer hinteren von 6.35 cm. Beide Schädel waren demnach genau so angelegt, dass der natürliche Geburtmechanismus bei Kopflage das Gesicht hätte tiefer bringen müssen als das Hinterhaupt.

Brosin (Dresden).

135. Beitrag zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett und von ihrem Verhältnisse zur Eklampsie; von Dr. Heinrich Saft. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 207. 1896.)

Von 314 Schwangeren, 306 Kreissenden und 87 Wöchnerinnen wurde der mit dem Katheter genommene Harn durch die Salpetersäure-Kochprobe auf Eiweiss untersucht und die Menge des letzteren durch Abschätzung bestimmt. Eine Wiederholung der Harnentnahme in bestimmten Zwischenzeiten wurde aus Angst vor dem Blasenkatarrh vermieden, „da die Blase in der Schwangerschaft wie alle Beckenorgane in eine gewisse Fluxion eintritt und ein geringer mechanischer Anstoss genügt, die Erscheinungen der Entzündung hervorzurufen“. In der Schwangerschaft fand sich bei 5.41% der Frauen Albuminurie, und zwar bei Erstgeschwängerten in 5.9%, bei Mehrgeschwängerten in 4.1%. Das Eiweiss tritt erst in der 2. Hälfte der Schwangerschaft auf und findet sich gegen deren Ende besonders häufig. [Aus den ersten 19 Wochen der Schwangerschaft kamen laut Tabelle überhaupt nur 4 Frauen zur Untersuchung! Derartig kleine Zahlenreihen sind doch wohl kaum statistisch zu verwerthen. Ref.] Bei der Geburt fand sich bei 28.43% Eiweiss, davon bei Erstgebärenden in 32.08% und bei Mehrgebärenden in 22.6% der Fälle. Eine grössere Menge von Eiweiss wurde während der Geburt gewöhnlich nur bei denjenigen Personen gefunden, die schon während der Schwangerschaft eine etwas stärkere Albuminurie aufgewiesen hatten. Im Wochenbette war die Schnelligkeit des Verschwindens der Albuminurie abhängig von der Höhe des Eiweissgehaltes während der Schwangerschaft und bei der Geburt. „Die Schwangerschaftsniere ist eine Erkrankung der Nieren, welche durch die Schwangerschaft allein entsteht, niemals zu wesentlichen Störungen des Allgemeinbefindens führt und im Wochenbette schnell verschwindet; die pathologisch-anatomischen Befunde bei ihr sind im Wesentlichen degenerative Processe, sie hat mit der eigentlichen Nephritis nichts zu thun. Die Ursache der Schwangerschaftsniere ist wahrscheinlich eine Autointoxikation des Organismus durch ein Produkt des Stoffwechsels während der Schwangerschaft. Bei Ueberladung des Organismus mit dem Virus entsteht die Eklampsie. Die Veränderungen der Nieren, Leber und der anderen Organe treten bei der Eklampsie sekundär auf.“

Brosin (Dresden).

136. Weitere Untersuchungen über die Stoffwechselverhältnisse des Calcium, Magnesium, der Phosphorsäure und des Nitrogens

bei puerperaler Osteomalacie, *mit besonderer Rücksicht auf die durch die Castration und andere therapeutische Eingriffe verursachten Veränderungen des Stoffwechsels;* von Dr. Siegfried Neumann in Budapest. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 130. 1896.)

Bei drei osteomalacischen Kranken wurden (im Anschlusse an die frühere Arbeit N.'s: Jahrbb. CCXLVII. p. 129) genaue Analysen der Nahrungsmittel, des Urins und Kothes vorgenommen. Bezüglich der *Kalkausscheidung* ergab sich das Resultat, dass eine im Anfangsstadium des Leidens befindliche Kranke (I) während des Fortschreitens des Processes, bevor noch ein therapeutischer Eingriff vorgenommen wurde, einen thatsächlichen Kalkverlust erlitt. In einem schweren Falle (II) hingegen ergab sich bei verminderten Kalkmengen im Urin eine, wenn auch geringe Gesammtretention des Kalkes. Bei den zwei minder schwer Kranken (I u. III) wurde nach der Castration, bez. Hysterotomie, eine sehr günstige Wendung im Kalkstoffwechsel beobachtet, wogegen in dem weit vorgeschrittenen Falle (II) weder die Chloroformnarkose, noch die Castration eine Verbesserung der Kalkausscheidungverhältnisse bewirkte, diese therapeutischen Versuche vielmehr ganz indifferent blieben. In dem Falle III kehrte schon verhältnissmässig bald nach der radikalen Behandlung der Kalkstoffwechsel zur Norm zurück, was bei dem abwartenden Vorgehen auch in den späteren Stadien der Besserung nicht nachgewiesen werden konnte.

Die *Magnesiumbilanz* ergab sowohl in dem leichten (I), wie auch in dem schweren, weit vorgeschrittenen Falle (II) von Osteomalacie einen mässigen Verlust an Mg. Bei der ersteren Kranken wurde nach der Castration eine mässige, jedoch dem Verluste des progressiven Stadium beiläufig gleichkommende Mg-Retention beobachtet. In dem schweren Falle wurde weder durch die Narkose, noch durch die Castration eine günstige Beeinflussung des Mg-Stoffwechsels nachgewiesen. In dem chronischen, nicht sehr schweren, jedoch in Folge der Schwangerschaft stürmisch fortschreitenden Falle III trat nach der Hysterotomie im Mg-Stoffwechsel eine bedeutende Besserung ein.

Bei den nicht schwangeren Osteomalacischen I und II fand sich im progressiven Stadium eine sehr grosse Ausscheidung der *Phosphorsäure* im Urin und auch ein bedeutender thatsächlicher Phosphorsäureverlust, im Stadium der Heilung eine entsprechende Phosphorsäureretention. Bei der Graviden (III) ergab sich im progressiven Stadium zwar eine geringe Retention, die jedoch für die Bedürfnisse der Frucht als nicht genügend erscheint; nach der Hysterotomie wurden nur geringe Mengen zurückgehalten. In gleicher Weise beeinflusste die Castration im Falle I den Phosphorsäureumsatz günstig. Im schweren Falle II hingegen blieb auch nach der Operation die mässige Retention der Phosphorsäure bestehen, die therapeutischen Eingriffe waren für den Stoffwechsel der Phosphorsäure weder von günstiger, noch von ungünstiger Wirkung. In solch' schweren Fällen scheint der Zeitpunkt der radikalen Therapie schon vorüber zu sein.

Der *Eiweisszerfall* endlich war im leichten Falle I während der Progression bedeutend gesteigert, während der Heilung vermindert. Auch bei der Graviden (III) trat nach der Hysterotomie eine beträchtliche Eiweisssparung ein. Die Schwerkranke (II) dagegen befand sich vor den therapeutischen Versuchen annähernd im N-Gleichgewichte; nach der Narkose und der Castration jedoch wurde Eiweisszerfall festgestellt.

Aus Allem geht hervor, dass bei der Osteomalacie nicht allein der Stoffwechsel der Knochen, sondern auch der des gesammten Körpers pathologische Veränderungen erleidet. Durch die Castration, bez. Hysterotomie, werden die Verhältnisse des Stoffwechsels in günstigster Weise beeinflusst. Die Wirkung dieser Operationen hat indessen ihre bestimmten Grenzen, die nicht allein durch das Maass der Knochenveränderungen, sondern vielmehr durch die Allgemeinerscheinungen gekennzeichnet werden. Beim Bestehen schwerer Allgemeinsymptome ist die Operation zu Gunsten palliativer Hülfsmittel zu unterlassen. Auch in minder schweren Fällen ist der radikalen Therapie von vornherein keine Souveränität über die palliative zuzusichern. Wenn diese letztere jedoch die Erscheinungen nicht wesentlich bessert, so soll unverzüglich die Castration, bez. Hysterotomie, bei Graviden der ersten Monate vorgenommen werden.

Brosin (Dresden).

137. **Brüste und Stillen;** von Prof. Alfred Hegar. (Deutsche med. Wohnschr. XXII. 34. 1896.)

H. nimmt nach einer ungefähren Schätzung an, dass ungefähr 30% der Wöchnerinnen ihr Kind etwa 6 Monate hindurch ausschliesslich an der Brust zu ernähren vermögen. H. befürchtet, dass in neuester Zeit, wo die Surrogate der Muttermilch so sehr verbessert worden sind, in Folge des Unterlassens des Stillens die Brüste, wie andere ausser Gebrauch gesetzte Körpertheile zu rudimentären Organen werden.

H. glaubt, dass das Selbststillen sich von selbst finden würde, wenn man den Frauen nur zu guten Brüsten und reichlicher Milch verhelfen könnte. Durch Vermeidung jeder fest anschliessenden, einschnürenden, zu warmen Kleidung, durch passende Pflege der Haut und des ganzen Körpers, gute Ernährung, Bewegung, frische Luft lässt sich nach H. viel thun. Den Folgen, die aus regelwidrigen Keimanlagen für die Brüste der Nachkommenschaft entstehen, könnte man nach H. dadurch entgegentreten, dass die heirathsfähigen jungen Männer sich verschwören müssten, nur Mädchen mit vollem Busen zu heirathen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

138. The effects of lactation on menstruation and impregnation; by Leonard Remfry. (Transact. of the Obstetr. Soc. of London XXXVIII. p. 22. Jan. and Febr. 1896.)

Den Untersuchungen R.'s liegen 900 Beobachtungen an stillenden Frauen zu Grunde. 57% hatten keine Regel, 43% hatten Blutungen, aber nur 26% regelmässig. Von den nicht menstruirten empfingen nur 6% während der Milchabsonderungszeit, dagegen von den menstruirten 60%. Je regelmässiger die Blutung war, desto grösser war die Wahrscheinlichkeit der Empfängniss.

J. Praeger (Chemnitz).

139. Erfahrungen über Laborde's rhythmische Zungentraktionen, nebst Bemerkungen über Verletzungen durch diese und andere Wiederbelebungsmethoden; von Dr. L. Knapp. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 28. 1896.)

Kn. hat in 11 Fällen, zum Theil nach vergeblicher Anwendung anderer Verfahren, auch Schultze'scher Schwingungen mit der rhythmischen Zungenextraktion gute Erfolge gehabt. Ein 12. Kind, bei dem etwa 600 (!) Schultze'sche Schwingungen vorgenommen waren, kam nach $2^1/_2$ Stunden fortgesetzten Bemühungen zur Athmung, starb jedoch 8 Stunden später (Frühgeburt Ende VIII. mens.). Bei der Sektion zeigte sich am Thorax die Haut vorn, seitlich und hinten bläulich verfärbt, mit ausgebreiteten Blutaustritten im subcutanen Zellengewebe. Ueber dem Stamme eine ungefähr rhombisch geformte, rothbraune, vertrocknete Excoriation von circa 6 qcm. Knapp über den Brustwarzen jederseits zwei neben einander liegende, bohnengrosse Excoriationen von der gleichen Beschaffenheit, wie die über dem Stamme. Kn. hält die Hautveränderungen für charakteristisch nach Schultze'schen Schwingungen. Ausser inneren Ekchymosen, wie sie bei jeder Erstickung gefunden werden, fanden sich punktförmige Blutunterlaufungen an der Zungenspitze, in deren Umgebung die Oberfläche der Zunge erodirt, gelblich-bräunlich verfärbt war; ausserdem eine Blutunterlaufung, linsengross, am vorderen, linken Gaumenschlundbogen; das retroösophageale Zellengewebe blutig suffundirt. Die Oesophagusschleimhaut zeigte zahlreiche Blutaustritte. Kn. hält es bei Verallgemeinerung des Laborde'schen Verfahrens für möglich, dass Verletzungen der Zunge vorkommen, die eine gerichtsärztliche Bedeutung haben.

Glaeser (Danzig).

140. Ueber die beim Scheintod Neugeborener vorliegenden Indikationen; von B. S. Schultze in Jena. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 37. 1896.)

Zwischen dem Scheintod des Neugeborenen mit Cyanose und dem mit Blässe der Haut besteht ein Unterschied. Bei dem ersteren, leichteren, ist die Medulla auf dem Wege des Reflexes meist noch erregbar, und hier stehen Hautreize aller Art in hohem Ansehen. Auch Reizung des Schlundes und Kehldeckels regt Inspiration an. Laborde's Verfahren schlägt den gleichen Weg ein, auch dabei ist die nothwendige Voraussetzung, dass die Medulla auf Reflexreize noch reagirt. Ob das Mittel den altbekannten mächtigen Hautreizen an Kraft überlegen ist, erscheint sehr fraglich. Beim „bleichen, schlaffen" Scheintod der Neugeborenen pflegt dagegen die Erregbarkeit der Medulla erloschen zu sein, und hier besteht die Indikation, die Erregbarkeit wieder herzustellen, also wohl am sichersten durch künstliche Athmung mit gleichzeitiger Beförderung der Cirkulation. Den umfangreichsten Wechsel des intrathorakalen Druckes (und hierauf kommt es am meisten an) bewirken aber von allen Methoden die Schultze'schen Schwingungen. Bei der Behandlung des Scheintodes ist stets im Auge zu behalten, ob zur Zeit Reflexreize für die Medulla anzuwenden sind, oder ob die Reflexerregbarkeit der Medulla erst wieder hergestellt werden muss. Im „blaurothen" Scheintode sind deshalb Reflexreize, die angewendet werden können und sollen, ohne das Kind abzunabeln, am Platze. Bei leichenschlaffem Kinde dagegen ist sofort abzunabeln und sofort die künstliche Athmung vorzunehmen, ein Versuch, die Medulla reflektorisch zu reizen, ist hier falsch. Nach 8 bis 10 Schwingungen, die 1 Minute in Anspruch nehmen, wird im warmen Bade beobachtet. Sobald sich regelmässige, wenn auch noch so seichte Athmung einstellt, sind Reflexreize, am besten *kurzes* Eintauchen in kaltes Wasser angezeigt. Sch. wendet sich zum Schlusse gegen die vorstehenden Knapp'schen Ausführungen, leugnet das Vorkommen von Hautabschürfen bei richtiger Ausführung seines Verfahrens und hält endlich die bei dem Laborde'schen Verfahren vorkommenden Zungenschwellungen und Blutunterlaufungen für keineswegs gleichgültig mit Bezug auf den Saugakt.

Glaeser (Danzig).

141. Zur Casuistik des Pfeiffer'schen Drüsenfiebers; von Dr. B. Hesse. Arb. aus d. pädiatr. Klinik zu Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 1. p. 28. 1896.)

H. berichtet über eine kleine Endemie von Drüsenfieber, die 3 Geschwister im Alter von $3^1/_2$, bez. $8^1/_2$ und $1^3/_4$ Jahren betraf. Alle 3 Kinder erkrankten ohne nachweisbare Ursache plötzlich mit Fieber, theils gleichzeitig mit Erbrechen. Am 1. oder 2. Tage stellte sich eine schmerzhafte Anschwellung der Lymphdrüsen an einer Seite des Halses ein. Es waren vorwiegend die hinter und unter dem Kopfnicker gelegenen Drüsen geschwollen. Milz und Leber waren bei 2 Kindern geschwollen. Alle drei bekamen zum Theil recht schwere Nephritis, zwei am 2., eins etwa am 9. Krankheitstage. Das Fieber dauerte 3—4 Tage und stellte sich, wenn neue Drüsen ergriffen wur-

den, für 1—2 Tage wieder von Neuem ein. Die Erkrankung liess sich in keine der bekannten Infektionskrankheiten einreihen und muss daher als eine selbständige Affektion angesehen werden. Auffällig ist das frühzeitige Auftreten der Nierenentzündung bei dem jüngsten und bei dem ältesten Kinde. Brückner (Dresden).

142. **Ein Fall von gleichzeitiger Infektion mit Scharlach und Masern**; von Jérôme Lange. Arb. aus d. pädiatr. Klinik zu Leipzig. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 1. p. 35. 1896.)

Ein 5jähr. Mädchen erkrankte an typischem leichten Scharlach. Am 8. Krankheitstage stellten sich Katarrhe der oberen Luftwege, am 11. Tage ein ausgesprochenes Masernexanthem ein. Zu der am 7. Tage beginnenden lamellösen Abschuppung, die für Scharlach charakteristisch war, gesellte sich am 16. Tage kleienförmige Abschuppung im Gesichte und am Halse. Die Fiebercurve zeigte am 1. bis 6. Tage die für Scharlach, am 6. bis 16. Tage die für Masern charakteristische Form. Am 11. Tage trat als Complikation einseitige eiterige Mittelohrentzündung, in der 6. Woche mässige seröse Peritenitis mit Ausgang in Genesung ein.

Entgegen früheren Angaben anderer Beobachter, wie Graucher, Flesch, glaubt L. nicht, dass eine der beiden Krankheiten (Scharlach und Masern) den Verlauf der anderen in irgend welcher Weise beeinflusst. Scharlach und Masern können unabhängig von einander entweder gleichzeitig denselben Menschen befallen oder es kann die eine Erkrankung im Verlaufe der anderen hinzutreten. Brückner (Dresden).

143. **Ueber kataleptische Erscheinungen bei rhachitischen Kindern**; von Prof. A. Epstein in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 43. 44. 1896.)

E. macht auf ein interessantes „kataleptisches Phänomen“ bei kleinen Kindern aufmerksam, das er vor etwa 2 Jahren zum 1. Male kennen gelernt und seither in 7 Fällen (bei 2 Knaben und 5 Mädchen) beobachtet hat. Das Thatsächliche der Erscheinung besteht vor Allem in dem für den Begriff der Katalepsie am meisten charakteristischen Kennzeichen der „Flexibilitas cerea“, jener Eigenthümlichkeit, bei der die Körpertheile durch längere Zeit in den ihnen passiv gegebenen Stellungen verharren. Erhebt man z. B. ein Bein des im Bette liegenden wachen Kindes und zieht sofort die Hand wieder weg, so bleibt das Bein unbewegt in jener Höhe, bis zu der man es erhoben hat. Nur ganz allmählich, und oft kaum merklich senkt es sich, seiner Schwere folgend, herab. Manchmal dauerte es nur 1—2 Minuten, manchmal aber bis 15 und 20 und 1mal sogar 45 Minuten, bis es die Unterlage erreichte. Durch gleichzeitiges Heranziehen der Arme und Beine können, wie an einem mit Gelenken versehenen Modelle, die wunderlichsten Haltungen hervorgebracht werden, wobei selbst die unbequemsten Stellungen, wie Verschiebung beider Arme nach hinten über den Rücken, längere Zeit beibehalten werden. Im Allgemeinen war das Phänomen öfter und deutlicher an den Beinen, als an den Armen; an den Fingern und Zehen konnten die dauernden Stellungen nur selten, und dann nur für kurze Zeit erzeugt werden. Niemals gelang es, die Lippen oder Augenlider geschlossen zu erhalten. Während des tiefen Schlafes trat die Erscheinung nicht auf. Eine tonische Starre, oder selbst eine auffälligere Spannung der Muskulatur ist an dem kataleptisch gestellten Gliede nicht zu beobachten gewesen. Eben so wenig waren Zeichen einer erhöhten mechanischen Nerven- oder Muskelerregbarkeit, Facialis- oder Trousseau'sches Phänomen, vorhanden. Die Reflexerregbarkeit auf sensible Reize schien herabgesetzt zu sein. Bei der elektrischen Untersuchung ergab sich, dass die durch Faradisation erzeugten Stellungänderungen nach Aufhören des elektrischen Reizes beibehalten wurden, ein Verhalten, das bei der eigentlichen Katalepsie nicht hervortritt. Die Kinder standen im Alter von 18 Monaten bis $3^1/_2$ Jahren, waren sämmtlich im Wachsthume stark zurückgeblieben, in ihrer Ernährung sehr herabgekommen, auffallend blass und stark rhachitisch. Selbst das $3^1/_2$jähr. Kind konnte bei der Aufnahme weder kriechen, noch rutschen. Alle kränkelten nachweisbar schon seit geraumer Zeit und litten an Verdauungsstörungen; bei einigen liessen sich noch die Zeichen einer eben überstandenen schweren akuten Erkrankung feststellen. Sämmtliche Kinder zeigten ferner eine gewisse geistige Zurückgebliebenheit und eine Art psychischer Depression, ohne dass sie indessen idiotisch oder schwachsinnig im psychiatrischen Sinne gewesen wären. Es waren meistens ungewöhnlich ruhige, ziemlich theilnahme- und willenlose, etwas benommen erscheinende Kinder, die bei gut entwickeltem Gehörvermögen entweder noch gar nicht sprachen, oder einen für ihr Alter ganz ungenügenden Sprachschatz hatten.

Was die Deutung des Phänomens anlangt, so ist nach E. Simulation oder Imitation im Hinblicke auf das Alter der Kinder von vornherein auszuschliessen. Dasselbe gilt für Hysterie, Psychosen oder Wahnvorstellungen. Eben so wenig kann es sich um einen hypnotischen Zustand oder eine suggestive Beeinflussung handeln, da, abgesehen von der allgemeinen Erfahrung, dass Kinder dieses Alters der künstlichen Hypnose unzugänglich sind, die kataleptischen Stellungen ohne alle Vorbereitungen, beim Vorbeigehen am Bette während der Visite, hervorgerufen werden konnten. Auch den Einfluss der fremden Umgehung, der, wie Strümpell meint, bei den Kindern gleichsam einen hypnotischen Zustand hervorruft, schlägt E. nicht hoch an, da die Erscheinungen noch lange nach der Aufnahme, wo die Kinder an die neue Umgehung sicherlich gewöhnt waren, beobachtet wurden.

Die Frage nach der ätiologischen Beziehung der Rhachitis zu dem Phänomen, etwa in dem Sinne, dass durch die rhachitisch-hyperämische Reizung gewisser Hemmungscentren in der Rinde diese Art

von Hemmung der willkührlichen Bewegungen ausgelöst werde, möchte E. mit Rücksicht auf die verhältnissmässig kleine Zahl seiner Beobachtungen und die Ungewissheit, ob dasselbe nicht auch bei nichtrhachitischen Kindern vorkommt, als eine offene betrachten.

Da das Phänomen bisher niemals bei gesunden Kindern beobachtet worden ist, sondern nur bei solchen, deren nervöser Centralapparat durch die seit der ersten Lebenszeit bestehenden Ernährungsstörungen und durch zahlreiche Erkrankungen der Verdauung- und Respirationorgane in Mitleidenschaft gezogen war, so kann es sich nach E. hierbei nicht um eine einem gewissen Stadium physiologischer Entwickelung eigenthümliche, sondern nur um eine pathologische Erscheinung, um eine Anomalie der psychomotorischen Funktionen handeln, wobei jenes Alter, „in welchem der Intellekt, der Wille und die willkührlichen Bewegungen in gegenseitiger Wechselwirkung und Abhängigkeit sich entfalten und ausbilden, eine prädisponirende Ursache bildet für die Entstehung dieser, wie auch anderer Bewegungsstörungen“.

Rost (Rudolstadt).

144. **Ueber Barlow'sche Krankheit**; von Dr. Edmund Meyer. (Arch. f. Kinderhkde. XX. 3. 4. p. 202. 1896.)

M. beschreibt 4 mit Albumosenmilch ernährte Kinder im Alter zwischen 5—7 Monaten, die in mehr oder weniger ausgesprochener Weise an Barlow'scher Krankheit litten. Eins der Kinder genas, nachdem es frische Milch und Phosphorleberthran erhalten hatte, die drei anderen starben trotz antirhachitischer und antiscorbutischer Behandlung. Besonders werthvoll sind die ausführlichen 3 Sektionsberichte (von Dr. Oestreich), aus denen hervorgeht, dass alle 3 Kinder stark anämisch und rhachitisch waren. Das erste hatte einen subperiostealen Bluterguss unter dem Dach der linken Augenhöhle und am linken Schienbeine mit Epiphysenlösung daselbst. Daneben bestanden multiple Blutungen in innere Organe (Herz, Lunge, Nieren), die bei den beiden anderen Verstorbenen den wichtigsten, charakteristischen Sektionsbefund bildeten. Obwohl die Sektion hier nur neben Rhachitis starke Blutarmuth und Anzeichen hämorrhagischer Diathese darbot, hält sich M. für berechtigt, die Erkrankung der Barlow'schen Krankheit zuzuzählen. Denn, wie er ausführt, das Wesentliche bei der Erkrankung ist die schwere Anämie und eben die hämorrhagische Diathese, die am rhachitischen Knochen leicht zu subperiostealen Blutungen, bei Kindern mit Zähnen zu Zahnfleischblutungen führen *kann*, aber nicht unbedingt führen *muss*. M. nimmt an, dass der Krankheitprocess zunächst die blutbereitenden Organe betrifft, und dass die veränderte Blutbeschaffenheit zu einer Schädigung der Gefässwände führt, die ihrerseits zu den Blutungen Veranlassung giebt.

Aus seinen Beobachtungen zieht M. den praktischen Schluss, dass Albumosenmilch bei kleinen Kindern nicht *längere Zeit hindurch* als alleiniges Nahrungsmittel verwendet werden darf.

Brückner (Dresden).

145. **Ein Fall von Barlow'scher Krankheit**; von Dr. Naef. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVI. 12. 1896.)

1½jähr. Knabe ohne erbliche Belastung. Künstliche Ernährung. (Keimfreie Kuhmilch unter Zusatz von Aleuronatmehl und zum Theil von Maltoleguminosenmehl wegen Neigung zu Darmkatarrh.) Anämisches, rhachitisches Kind (Rosenkranz). Plötzlich eintretende Schmerzhaftigkeit des linken Beines. Am Tage darauf rothe Flecken auf der Streckseite des linken Unterschenkels und Knies, zum Theil mit Blasenbildung. Besserung. 8 Tage später Anschwellung des linken Oberschenkels, Schmerz bei Bewegungen, Schwellung des Zahnfleisches in der Umgebung der Schneidezähne. Unter geeigneter Behandlung Heilung.

Nach Besprechung der hauptsächlichsten Punkte aus der Pathologie der Barlow'schen Krankheit weist N. darauf hin, dass Prodromalerscheinungen wie sie sein Kranker darbot, bisher noch nicht beschrieben worden sind. Brückner (Dresden).

146. **Tod unter eronpähnlichen Erscheinungen.** *Ein Beitrag zur Lehre von den Thymus- (und Bronchialdrüsen-) Schwellungen*; von Prof. Biedert. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 26. 1896.)

B. machte im Hagenauer Kinderspitale folgende Beobachtung:

10monat. Knabe. Stenotisches Athmen. Stimme hell. Rachen frei von Belag. Temperatur 38.4°. Im Deckglaspräparate keine deutlichen Bacillen. Schweisstreibende Einpackungen, Inhalationen. Nähere Betrachtung bei Zunahme der Athemnoth ergab eine starke Dämpfung in der oberen Sternalgegend, starke Einziehung des unteren und Vorwölbung des oberen Brustbeines. Wegen zunehmender Athemnoth erfolglose Intubation, darauf Tracheotomie; ohne Einfluss. Der Katheter traf unterhalb der Wunde auf einen Widerstand. Tod.

Die *Sektion* ergab eine stark geschwellene Thymus, die zwischen der Schilddrüse und 2 Packeten stark geschwellener Bronchialdrüsen eingeklemmt war. Weder makroskopisch, noch mikroskopisch waren Tuberkel in der Thymus und in den Bronchialdrüsen nachzuweisen. Der tödtliche Ausgang kam zu Stande in Folge der durch eine akute Bronchialdrüsenschwellung hervorgerufenen Einklemmung der Thymusdrüse, die die Luftröhre zusammendrückte. Ein solches Vorkommniss ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden.

Zum Schlusse kommt B. auf das Verhältniss der Thymusdrüse zum Glottiskrampf zu sprechen. Er hält es für möglich, dass widerholte Anfälle von Stimmritzenkrampf eine hyperämische Schwellung der Thymus begünstigen und hervorrufen können. Die derart vergrösserte Drüse könnte dann bei einem Anfalle den tödtlichen Ausgang herbeiführen, namentlich wenn der Kopf stark nach hinten übergebeugt wird, sodass die Lordose der Halswirbel den Sternovertebralraum verkleinert. Der Tod würde dann erfolgen durch Druck auf die Venen oder auf die Luftröhre und Bronchen.

Brückner (Dresden).

147. **Plötzlicher Tod eines „gesunden" Kindes.** *Casuistischer Beitrag zu den Fällen von Thymushyperplasie;* von Dr. Hans Köppe. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 39. 1896.)

7monat. Knabe, der plötzlich ohne nachweisbare Ursache in Gegenwart seiner Grossmutter verstarb. Einzige Abweichung: starke Schwellung der Hals- u. Nackendrüsen. *Sektion:* Hyperplasie der Tonsillen, der Lymphdrüsen des Halses, Nackens, der Bronchen, des Mesenterium. Hyperplasie der Thymus. Kein Milztumor. Im Blute Ueberwiegen der weissen Blutkörperchen.

In der Literatur fand K. 3 ganz gleiche Beobachtungen. Die in Betracht kommenden Kinder haben alle die sogen. lymphatisch-chlorotische Constitution nach Paltauf. K. wirft die Frage auf, ob es sich in den in Betracht kommenden Fällen nicht um Leukämie handle, bei der die Thymusvergrösserung den Milztumor ersetzt.

Brückner (Dresden).

148. **Zur Therapie der Sommerdiarrhöen im Säuglingsalter;** von Dr. O. Reinach. (Müncheuer med. Wchnschr. XLIII. 18. 1896.)

R. hat in der Münchener Kinderklinik den Versuch gemacht, der Bluteindickung bei schwerem Brechdurchfall durch subcutane Einspritzungen von keimfreiem Blutserum entgegenzuwirken. Von 15 Kindern starben 4. Der Eindruck der Serumwirkung war ein entschieden günstiger. Es wurden 10—20 ccm Serum eingespritzt. 1 Kind bekam 14 Tage nach der Behandlung einen masernähnlichen Ausschlag von 2tägiger Dauer. R. wirft die Frage auf, ob man bei den schweren Formen der Gastroenteritis der Säuglinge nicht für kurze Zeit eine subcutane Ernährung einleiten könne. Mit 20 ccm Serum werden etwa 1.5 g Eiweiss einverleibt. Das entspricht einer Menge von 150 g Muttermilch. Die Fettmenge könnte eventuell durch Leberthran oder Butterfett geliefert werden.

Brückner (Dresden).

149. **De l'entéroclyse dans les diarrhées chroniques de l'enfance à propos de trois cas d'entérite muco-glaireuse (chez des enfants sevrés);** par le Dr. Dauchez. (Revue mens. des Mal. de l'Enf. XIV. Mai 1896.)

D. empfiehlt ausgiebige Darmausspülungen zur Behandlung der chronischen Dickdarmkatarrhe junger, entwöhnter Kinder. Er führt sie mit einer dicken Oesophagussonde aus, die 35 cm weit eingeführt wird. Zur Verwendung gelangen unterschwefligsaures Natron (5%), Benzoëtinktur (5.0: 300.0), Borsäure (3—4%). Man lässt 800 bis 900 ccm in horizontaler Lage des Kranken und bei niederem Druck einfliessen. Abführmittel und Darmantiseptica werden mit Vortheil vor der Ausspülung verabreicht. Die Heilung wird gesichert durch salpetersaures Wismuth in Verbindung mit Opium. 3 Krankengeschichten sind beigefügt.

Brückner (Dresden).

150. **Ueber den Alkoholmissbrauch im Kindesalter;** von Dr. Emmerich in Nürnberg. (Arch. f. Kinderhkde. XX. 3 u. 4. p. 226. 1896.)

E. bringt eine Anzahl sehr lehrreicher Beispiele von dem verderblichen Einfluss, den fortgesetzter Genuss von Wein und Bier auf den kindlichen Organismus ausübt. Besonders mag auf ein $2^1/_2$jähr. Mädchen hingewiesen werden, das, wie es leider täglich geschieht, zu seiner „Kräftigung" nach einem Magen-Darmkatarrh wöchentlich 2, später 3 Fläschchen Tokayer Wein (zu 150 g) bekam und in Folge davon an Lebercirrhose (Sektion, mikroskopische Untersuchung) zu Grunde ging. Der Alkohol ist zur Ernährung des Kindes unnöthig. Seine Darreichung ist, wie man Grosz beipflichten kann, *nur* angezeigt: 1) bei plötzlich eintretender Herzschwäche, 2) bei dauernden Ernährungstörungen (Rhachitis, Scrofulose, Tuberkulose), bei denen die ernährende, den Gewebezerfall einschränkende Wirkung des Alkohols zur Geltung gelangt.

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

151. **Die Verwendung der Schleich'schen Infiltrationsanästhesie;** von Dr. G. Gottstein in Breslau. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 41. 1896.)

G. berichtet über die Erfolge bei 118 Operationen, die in den letzten 5 Monaten in der Breslauer chirurgischen Klinik und Poliklinik unter *Schleich'scher Infiltrationanästhesie* ausgeführt worden sind. Der Hauptantheil an diesen Operationen fällt auf die *Exstirpation von Tumoren.* Für die Infiltrationanästhesie eignen sich ganz besonders solche Geschwülste, die eine bestimmte Grösse nicht überschreiten (Hühnereigrösse!), oder, falls sie grösser sind, solche, die sich mit Leichtigkeit durch ihre Kapsel aus dem übrigen Gewebe herausschälen lassen. An diese Fälle reihen sich die mit Entzündung einhergehenden an, wie Panaritien, Furunkel u. s. w.

Von grösseren Operationen sind namentlich *10 Gastrostomien* zu nennen, deren Ausführung ohne Narkose für den Kliniker die grösste Bedeutung hat. Denn bei diesen meist sehr heruntergekommenen Kr. ist eine tiefe Narkose oft bedenklich. Ausserordentlich werthvoll ist die Schleich'sche Anästhesie auch bei incarcerirten Hernien. Da Schnittwunden am Intestinum, ohne Schmerzen zu verursachen, angelegt werden können, wurde es vermieden, die Anästhesie auch auf die Intestina auszudehnen, vielmehr die Infiltration auf die Bauchdeckenwunde beschränkt. Die Technik war im Grossen und Ganzen die von Schleich angegebene; nur wurde mit Erfolg versucht, das gesammte Operationfeld von *einer* Einstichstelle aus zu imbibiren. Auf diese Weise wird die Gefahr einer Hautinfektion auf ein Minimum beschränkt. Was den Erfolg der Infiltration anlangt, so waren

nur die beiden ersten Fälle völlige Misserfolge; im Uebrigen konnten 13 mässige Erfolge und sonst nur volle Erfolge verzeichnet werden.

P. Wagner (Leipzig).

152. **Ueber Infiltrations-Anästhesie**; von Dr. H. Mehler in Georgensgmünd. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45—46. 1896.)

M. hat seit 1 Jahre ca. 250 grössere und kleinere Operationen mittels Schleich'scher Infiltrationanästhesie ausgeführt und ist mit den Ergebnissen ausserordentlich zufrieden. Namentlich für den Arzt, dem keine genügende Assistenz zu Gebote steht, ist das Verfahren sehr empfehlenswerth. M. hat das Verfahren nicht nur bei kleineren Eingriffen, sondern auch bei Laparotomien angewendet. Eine gewisse Uebung ist nöthig, um rasch und sicher eine Anästhesie zu erlangen.

P. Wagner (Leipzig).

153. **Beitrag zur Aethernarkose**; von Dr. A. de Chapeaurouge in Hamburg. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. p. 557. 1896.)

Von November 1893 bis August 1895 wurden in der Cordua'schen Poliklinik 664 Aethernarkosen mittels *Juillard*'scher Maske vorgenommen. Die Narkosen waren meist von kurzer Dauer, die Kr. meist nicht auf die Narkose vorbereitet. Als einen für die Aethernarkose „absolut nothwendigen Handgriff" empfiehlt Ch. die Vorschiebung des Unterkiefers bei kräftigem und möglichst weitem Nachhintenbeugen des Kopfes („Howard-Naegeli'scher Handgriff"). Bei richtiger Anwendung dieses Handgriffes, am besten gleich bei dem Aufhören des selbständigen Schluckens, fliesst der Speichel zum allergrössten Theil einfach an der hinteren Wand des Oesophagus entlang in den Magen, so dass wir es selten mit stärkerem Trachealrasseln zu thun haben. Durch das Fixiren des Zungenbeines können Brechbewegungen meist vermieden werden; ausserdem fällt die Zunge nicht zurück oder kann, wenn sie schon zurückgefallen war, genügend vorgebracht werden. Endlich kommt es fast nie in dieser Lage zu dem gefürchteten Stadium der Asphyxie.

Seine Schlüsse fasst Ch. in folgenden beiden Sätzen zusammen: „Die Quantität des Aethers lässt sich entschieden bedeutend mehr einschränken, als bisher geschehen ist. Die bisher vielfach gescheiterten Versuche, dem unbestritten ungefährlicheren Aether in der Narkose ein breiteres Feld zu erobern, haben ihre Ursache zum grossen Theil in dem Mangel einer gewissen Technik der Ausführenden."

P. Wagner (Leipzig).

154. **Die Morphium-Aethernarkose**; von Prof. Riedel in Jena. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 39. 1896.)

R. hat in den letzten 3 Jahren in ca. 3000 Fällen die *Aethernarkose* angewendet. Abgesehen von einem Todesfalle, 33 Stunden nach der Narkose (Aether hätte vermieden werden müssen, weil Lungenemphysem bestand), erlebte R. zahlreiche leichtere und schwerere Bronchitiden, ohne allerdings einen Kr. daran zu verlieren. Weil diese Bronchitiden durch Reizung der oberen Luftwege zu Stande kommen, ging das Bestreben R.'s dahin, deren Empfindlichkeit *vor* Beginn der Narkose möglichst abzustumpfen und gleichzeitig den Gebrauch des Aethers nach Kräften einzuschränken. Entsprechend den mit der Chloroformnarkose gemachten Erfahrungen hat R. jedem Kranken, der das 14. Lebensjahr überschritten hatte, eine halbe Stunde vor Beginn der Narkose 0.005—0.02, Potatoren bis 0.03 Morphium subcutan injicirt. Die Aethernarkose wird vorsichtig begonnen und auch weiterhin durch kleine, oft wiederholte Dosen Aether fortgeführt. Da die meisten Eingriffe wohl nur bis zu einer Stunde Zeit in Anspruch nehmen, so wirkt das Morphium noch bis zuletzt in voller Stärke, so dass der Gebrauch von Aether gering ist. Nach Beendigung der Operation ist der Kranke noch eine Zeit lang genau zu überwachen, da in Folge der Morphiummitwirkung die Zunge leicht nach hinten sinkt. Nach der Operation erhalten die Kr. bis zum nächsten Morgen nur Eisstückchen; hierdurch wird am besten das lästige Erbrechen vermieden.

P. Wagner (Leipzig).

155. **Weitere Mittheilungen über dauernde Spiritusverbände**; von Oberstabsarzt Dr. Salzwedel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46. 47. 1896.)

S. hat bereits Anfang 1894 mitgetheilt, dass Verbände mit Alkohol, die die Verdunstung des Mittels regeln und eine längere Einwirkung des Alkohols ohne Aetzung der Haut gestatten, einen eigenthümlich heilenden Einfluss auf Phlegmonen und ähnliche Entzündungen ausüben. Während bei leichteren Entzündungen ein fast abortives Zurückgehen eintritt, erfolgt bei schwereren ein rascher Zerfall der am heftigsten erkrankt gewesenen Gewebetheile zu reifen Abscessen. Auch bei diesen Phlegmonen verschwindet die periphetische Entzündung in gleicher Weise, wie bei den leichten und schreitet nicht über die schon anfänglich durch Schmerzpunkte, Drüsenschwellungen u. s. w. gekennzeichneten Grenzen hinaus. Gleich günstige Erfahrungen sind von A. Schmitt, Korsch, Pfuhl u. A. gemacht worden.

Der Verband besteht am zweckmässigsten aus 3 Schichten: eine ca. 8fache Lage von entfettetem Mull, der mit 96proc. rektificirtem Spiritus so durchtränkt ist, dass die Flüssigkeit nicht mehr abtropft, kommt zunächst auf die Haut; darüber kommt eine 2—3 cm hohe Schicht aus reiner Wundwatte. Ueber das Ganze wird eine Decke von perforirtem, undurchlässigem Stoff gebreitet und mit Mull- oder Cambricbinden befestigt. Wo Wunden unter den Verband zu liegen kommen, erhalten sie zunächst eine besondere Bedeckung, am besten von trockenem Jodoformmull.

Die Verbände bleiben gewöhnlich 24 Stunden liegen; nach 12 Stunden wird zweckmässig mittels

eines unter den Verband geschobenen Glasröhrchens etwas Spiritus nachgegossen. Die Verbände müssen möglichst gross angelegt werden, mindestens müssen sie über die nächste zugehörige Lymphdrüsenregion hinausgehen. Der Verband soll das Glied stets cirkulär umgeben. Vor Anlegen des Verbandes ist die Haut durch Aether zu reinigen.

Was die *Wirkungsweise der Spiritusverbände* anlangt, so ist es am wahrscheinlichsten, dass die durch die Verbände geschaffenen Temperatur-, Vergasung- und Gasdruckverhältnisse dem Alkohol besonders geeignete Bedingungen schaffen, um in Gas- oder Dampfform durch die Epidermis zu dringen. Man muss annehmen, dass der lokal durch die Verbände unter die Haut gebrachte Alkohol antipyretisch wirkt. Das schnelle Verschwinden von Calor, Rubor, Dolor, wie es unter den Verbänden beobachtet wird, findet seine Erklärung durch die gleichzeitige antiseptische und antipyretische Einwirkung des Mittels.

Der *Spiritusbehandlung* zugängig sind zunächst alle entzündlichen Processe der Haut und der dicht unter ihr liegenden Gebilde, also die Phlegmonen, Lymphangitiden, Furunkel und Panaritien. Die Empfehlung des Alkohols bei Erysipel ist älteren Datums.

Die desinficirende Kraft, die der Alkohol in und unter der Haut entwickeln kann, findet in der Natur des Infektionsstoffes eine bestimmte Grenze; aber es sind nicht ausschliesslich die Eitererreger, die seiner Wirkung unterliegen (Wirkung auf Gonokokken).

Ein genaues Studium dieser Arbeit ist den Collegen dringend zu empfehlen.

P. Wagner (Leipzig).

156. **Zur conservativen Behandlung der tuberkulös-eitrigen Lymphdrüsenentzündung**; von Dr. Cordua in Hamburg. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten IV. p. 542. 1896.)

Die überraschend günstigen Erfolge, die die conservativen Bestrebungen der modernen Chirurgie bei der Behandlung der tuberkulösen Knochen- und Gelenkleiden zu verzeichnen haben, veranlassten C. zu dem Versuche, ob man berechtigt sei, auch den tuberkulösen Drüsenerkrankungen gegenüber sich conservativerer Methoden zu bedienen, und ob man mit diesen brauchbare Resultate zu erzielen im Stande sei. Die nach der Exstirpation tuberkulöser Drüsen zurückbleibenden, manchmal sogar keloiden Narben waren ein weiterer Ansporn zu conservativen Versuchen.

Das von C. in einer grösseren Reihe von Fällen mit günstigem Erfolge angewendete Verfahren besteht darin, den in dem Drüsentumor gebildeten Eiter mittels Troikar abzulassen, bez. mittels steriler Spritze zu aspiriren und die Eiterhöhle mit wässerigen, schwach desinficirenden Lösungen auszuwaschen, bis die Flüssigkeit rein blutig, ohne weitere eiterige Beimengungen, abfliesst. Nach Entfernung der Kanüle wird alle in der Höhle etwa noch vorhandene Flüssigkeit ausgepresst und dann durch einen recht sorgfältig angelegten Druckverband eine direkte Verklebung der Wände der Eiterhöhle angestrebt. Der Verband bleibt 8 bis 10 Tage liegen und wird, wenn nöthig, nochmals erneuert.

Mit dem chirurgischen Eingriff muss eine energische Allgemeinbehandlung Hand in Hand gehen: beste Ernährung, Leberthran, Kreosot, Guajakol, Sool-, Seesalzbäder, Sommeraufenthalt in harziger Waldluft oder noch besser an der Nordsee.

Die besten Erfolge erzielt man in den Fällen, in denen es sich um einen vollausgebildeten tuberkulösen Abscess handelt, der mit der Haut noch nicht verwachsen ist. Bei der Punktion wird zunächst das noch nicht erkrankt gewesene Drüsengewebe geschont und damit dem Körper für später seine natürliche Schutzwehr gegen pathogene Keime und ihr Eindringen in die Blutbahn erhalten. Die punktförmigen Stichstellen sind meistens nach kurzer Zeit kaum noch aufzufinden. Die Verletzung von Nerven ist so gut wie ausgeschlossen.

Bei geringer Neigung zu eitriger Einschmelzung der Drüsentumoren kann, wenn überhaupt operirt werden soll, nur die Exstirpation mit dem Messer in Frage kommen. P. Wagner (Leipzig).

157. **Ueber tuberkulöse Arthritis und Ostitis im frühesten Kindesalter**; von Dr. Th. Rovsing in Kopenhagen. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 620. 1896.)

R. hat mehrfach Gelegenheit gehabt, im *zartesten Kindesalter* eine typische und recht eigenthümliche Form von Gelenktuberkulose zu sehen, die wohl am zutreffendsten *Pyarthron tuberculosum acutum* zu nennen ist und die sich durch eine besonders gute Prognose auszeichnet, indem die Arthritis nicht blos akut beginnt, sondern auch akut verläuft, so dass sie mit erstaunlicher Schnelligkeit durch dasselbe Mittel, das die tuberkulöse Peritonitis zur Heilung bringt, nämlich die einfache Incision (Arthrotomie) geheilt zu werden scheint. R. hat 10 solcher Fälle an 7 Pat. im Alter von $1^1/_2$—13 Monaten beobachtet. Die Krankheit entstand immer plötzlich im Laufe einiger Tage, bei früher anscheinend gesunden Kindern, mit schnell entwickelter Geschwulst und starker Empfindlichkeit des Gelenks, unter mehr oder weniger ausgesprochenen Fiebersymptomen, weshalb die Krankheit in den ersten Fällen auch stets als Osteomyelitis oder pyämisches Pyarthron aufgefasst wurde. In allen diesen Fällen ist nun die Diagnose *„Tuberkulose“* durch die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung des während der Operation steril aufgefangenen Eiters und in einem besonderen Falle noch weiter durch Verimpfung auf Meerschweinchen sichergestellt worden.

Unter den befallenen Gelenken sind das Schulter-

gelenk mit 2, das Kniegelenk mit 5, das Hüft-, Fuss- und Sternoclavikulargelenk mit je 1 Falle vertreten. Die Krankengeschichten werden ausführlich mitgetheilt. Die Heilung wurde in allen Fällen mit voller und freier Beweglichkeit erzielt. Diese eigenthümliche Form der Tuberkulose ist bisher noch nicht beschrieben worden; vielleicht gehören einige Fälle der von v. Volkmann 1860 beschriebenen *Arthritis catarrhalis* hierher.

Von den meisten Chirurgen wird die *Eiterung bei der Tuberkulose* für ein prognostisch schlechtes Zeichen gehalten, für ein Zeichen, dass die Tuberkulose besonders virulent und bösartig sei. Es sprechen indessen verschiedene Umstände stark dafür, dass die Eiterung, d. h. die specifische tuberkulöse Eiterung, weit entfernt gesteigertes Leben im tuberkulösen Process zu bedeuten, vielmehr ein Ausdruck für das Absterben der Tuberkulose ist. Auch das eben geschilderte tuberkulöse Pyarthron bei den ganz kleinen Kindern scheint zu diesen Beweisen für eine gute prognostische Bedeutung der Eiterung bei der Tuberkulose zu gehören.

Bezüglich der *Aetiologie* hält es R. für am wahrscheinlichsten, dass die Tuberkulose bei diesen Säuglingen theils mit der Milch, theils auf dem Respirationwege Eingang gefunden habe.

Das tuberkulöse Pyarthron bei ganz kleinen Kindern ist in der Regel die Folge eines *rein synovialen* Leidens und erfordert daher nur die *einfache Arthrotomie*. Tuberkulöse Ostitis hat R. bei ganz kleinen Kindern nur 2mal gesehen; der Verlauf war auch hier günstig. P. Wagner (Leipzig).

158. **Ueber Fussgelenk- und Fusswurzeltuberkulose**; von Dr. E. Spengler. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 1 u. 2. p. 1. 1896.)

Die Arbeit umfasst 136 Fälle *tuberkulöser Fusserkrankungen*, die 1873—1894 in der Kocher'schen chirurg. Klinik zur Behandlung kamen. Die Kranken waren $1^1/_2$—78 Jahre alt; die Hälfte der Erkrankungen fiel in das Alter von 10—30 Jahren. Das männliche Geschlecht lieferte sowohl in der Gesammtheit, als auch in den verschiedenen Altersperioden einen höheren Procentsatz an tuberkulösen Fussleiden als das weibliche. Mehr als der 4. Theil aller Erkrankungen beruhte sicher auf Vererbung. In circa der Hälfte aller Fälle lag den Erkrankungen eine Gelegenheitursache zu Grunde, meist ein Trauma (Ueberanstrengung und Distorsion). 10mal fand sich die tuberkulöse Erkrankung des Fusses im Anschlusse an vorausgegangene Infektionkrankheiten. In über 2 Drittel der Fälle fanden sich neben der tuberkulösen Fusserkrankung noch andere tuberkulöse oder der Tuberkulose verdächtige Erkrankungen. In der Hälfte aller Fälle handelte es sich um primär osteale Formen, in einem Viertel um primär synoviale Formen.

30 Kranke wurden *conservativ* mit Injektionen, Incisionen oder Ignipunktur *behandelt;* 148mal wurde in der verschiedensten Weise *radikal* vorgegangen. Am häufigsten wurden atypische Resektionen, bez. Excisionen vorgenommen. Die sogen. *atypische Resektion* bleibt auch bei tuberkulösen Fusserkrankungen das Normalverfahren, „denn sie hat neben den Chancen guter funktioneller Resultate ohne Prothese eben den Vorzug vor allen anderen conservativen und radikalen Methoden, dass sie sowohl der ersten therapeutischen Indikation, alles Kranke zu entfernen, um lokales Recidiv und Allgemeininfektion zu verhüten, sowie der zweiten, die gesunden Theile im Interesse einer guten Funktion zu schonen, nachkommt wie keine der übrigen."

Wir müssen darauf verzichten, weitere Einzelheiten aus dieser sehr lesenswerthen Arbeit zu berichten. Die Operation- und Endresultate bei den verschiedenen Behandlungsmethoden sind in übersichtlichen Tabellen zusammengestellt. „Wir haben mit allen Methoden", sagt Sp. am Schlusse seiner Arbeit, „gute Resultate erzielt und können, ohne uns optimistischen Hoffnungen hinzugeben, mit unseren Erfolgen zufrieden sein, wenn wir sie mit denen anderer Autoren vergleichen. Ich möchte deshalb sagen: Jede Methode ist gut und jede liefert gute Resultate, sofern sie zweckontsprechend ist, d. h. wenn sie dem einzelnen Fall je nach Art und Ausdehnung der Affektion richtig angepasst wird, aber nicht jede Methode ist gut für jeden Fall, und noch viel weniger eine einzige für alle."
P. Wagner (Leipzig).

159. **Beobachtungen und Untersuchungen über die Schilddrüsenbehandlung des Kropfes**; von Prof. Bruns in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVI. 2. p. 521. 1896.)

Br. verfügt jetzt über 350 abgeschlossene Beobachtungen von *Schilddrüsenbehandlung des Kropfes*. Das Material ist ausserordentlich mannigfaltig und umfasst nicht nur Kranke aus allen Lebensaltern, sondern auch mit den verschiedensten Arten von Strumen. Die Behandlung wurde fast in allen Fällen ambulatorisch durchgeführt. Sie bestand nur anfangs in Fütterung mit frischer Schilddrüse, dann ausschliesslich in der Darreichung der englischen Schilddrüsentabletten (Erwachsene 2, Kinder $^1/_2$—1 pro die). Das *Baumann*'sche Thyrojodin ist bisher in 24 Fällen zur Anwendung gekommen. Ein Unterschied in der Wirksamkeit dieses Präparates gegenüber den englischen Tabletten wurde bisher nicht beobachtet.

Vollständiger Erfolg wurde erzielt in 8%, *guter* in 36%, *mässiger* in 30%, *geringer* oder *gar keiner* in 25% der Fälle. Ausgeschlossen waren von der Behandlung nur ganz reine Cysten und Basedow-Kröpfe. Je kürzere Zeit die Struma besteht, um so eher erfolgt ihre Rückbildung (weil mit der Zeit immer mehr degenerative Processe Platz greifen); daher die günstigen Erfolge bei ganz jungen Leuten. Das Maximum der Verkleinerung wird

in 60% der Fälle schon in den ersten 2 Wochen erreicht. *Beeinflusst wird durch die Schilddrüsenfütterung nur die reine Hyperplasie.* Bei älteren Kröpfen verschwindet demgemäss das die einzelnen Knoten oder Cysten verhindende hyperplastische Gewebe. Abgesehen davon, dass dies genügen kann, um die Beschwerden oder selbst augenblickliche Gefahr zu beseitigen, gewinnt die Schilddrüsenfütterung dadurch eine erhebliche praktische Bedeutung als Vorakt der Operation. Die einzelnen Knoten werden deutlicher, und die Blutung bei der Enucleation ist durchweg viel geringer als bei nicht vorbehandelten Leuten. Deshalb ist diese Vorbehandlung in der Bruns'schen Klinik zum Princip erhoben.

Die Frage der *Recidive* ist auf Grund von zahlreichen Nachuntersuchungen dahin beantwortet, dass in mehr als 3 Viertel der Fälle der Kropf nach dem Aussetzen der Schilddrüsenbehandlung wieder wächst, gewöhnlich um so rascher, je prompter er reagirt hatte. Durch Verabreichung kleiner Schilddrüsenmengen in bestimmten Zwischenzeiten lässt sich jedoch das erzielte Resultat leicht dauernd erhalten.

Um die Art des Kropfschwundes durch Schilddrüsenbehandlung genauer festzustellen, hat Br. zusammen mit Baumgarten eine grössere Reihe von Untersuchungen an kropfigen Hunden angestellt.

Indem wir wegen der Einzelheiten dieser ausserordentlich interessanten experimentellen Untersuchungen auf das Original verweisen, seien hier nur die von Baumgarten festgestellten mikroskopischen Veränderungen hervorgehoben. Die Hundekröpfe, die vor der Behandlung durchweg eine gleichmässige folliculäre Hyperplasie mit mässiger Colloidansammlung zeigten, boten schon kurze Zeit nach der specifischen Behandlung folgende Veränderungen: 1) eine gewaltige Zunahme des Colloids, die als Produkt einer gesteigerten Sekretion erscheint, und 2) einen ausgedehnten Follikelschwund. Das Resultat ist ein histologisches Bild, das von dem der normalen Drüse kaum zu unterscheiden ist. Daneben findet sich sekundäre Bindegewebehyperplasie. Von einer degenerativen Atrophie ist nichts nachzuweisen.

Der einheitliche Gesichtspunkt, auf den Baumgarten die beiden Wirkungen, die sekretionbefördernde und die atrophisirende, zurückführt, ist der Begriff der „funktionellen Anpassung“. Die Raschheit des Schwundes ist nur erklärbar aus der Annahme einer „trophoneurotischen Atrophie“, vermittelt durch die sekretorischen und trophischen Nerven der Drüse. Die Ansicht, dass die Schilddrüse eine echte Drüse ist, worauf die ganze Deutung des beschriebenen Vorgangs beruht, wird wesentlich gestützt durch den Nachweis einer mächtigen Colloidabfuhr auf dem Wege der Lymphbahnen in der ersten Zeit der Schilddrüsenbehandlung. In den Blutgefässen der Drüse wurde dagegen nie Colloid gefunden.

P. Wagner (Leipzig).

160. Das Sarkom des Kehlkopfes und der Luftröhre. *Literarische Studie und casuistische Mittheilung;* von Dr. Hugo Bergeat in München. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXIX. 8—12. 1895.)

Angeregt durch 3 Fälle von Sarkom des Kehlkopfes, die B. Gelegenheit hatte zu sehen und von denen er die Krankengeschichten und bei 2 auch den mikroskopischen Befund mittheilt, giebt er unter Benutzung der einschlägigen Literatur ein zusammenfassendes Gesammtbild dieser Geschwülste.

Das primäre Kehlkopfsarkom wurde häufiger bei Männern (48) als bei Frauen (18) beobachtet. Obgleich im Allgemeinen das höhere Lebensalter nicht so bevorzugt erscheint, als von den bösartigen Geschwülsten überhaupt, fällt bei Männern 1/3 der Fälle auf das 6. Jahrzehnt.

Ungefähr die Hälfte der Tumoren sind Spindelzellensarkome. Diese Form sitzt besonders in der vorderen Kehlkopfhälfte, aber auch sonst überall, ausgenommen im Sinus pyriformis. Primär an der Epiglottis und der hinteren Wand sitzende Sarkome gehörten ausschliesslich, primär an den Stimmbändern auftretende fast ausschliesslich dieser Form an. Ihr Ursprung ist in der Submucosa. Meist sitzt das Sarkom breitbasig, oder doch mit breiterem Stiel auf, nie hat es die Form einer diffusen Infiltration. Es ist dem Fibrom ähnlich, aber meist blasser gefärbt, meist hart, rundlich, mit höckeriger Oberfläche. Es wächst meist langsam und schreitet gleichmässig, nicht sprungweise fort. Sehr selten führte es zur Drüseninfiltration. Nur bei exponirtem Sitze, der aber freilich ziemlich häufig ist, kommt es zur Ulceration.

Dagegen sitzen die Rundzellen- und die Alveolarsarkome vorwiegend an der Seitenwand, mit Ausnahme der Stimmbänder, in den Ventrikeln und den Sinus pyriformes. Sie sind heller, sitzen breiter auf, bis zur diffusen Infiltration und sind weicher. Nicht selten zeigen sie ein sprungweises Fortschreiten. Das Alveolarsarkom bietet am häufigsten unter Drüsenanschwellung, Schmerzen, Auftreibung des Kehlkopfes, Knorpelnekrose ein schweres Krankheitbild. Ein von Schech beobachtetes, innerhalb des Perichondrium gewachsenes Riesenzellensarkom verlief nur mit Einengung des subglottischen Raumes.

Das primäre Luftröhrensarkom sitzt meist breitbasig an der hinteren Wand in der oberen Hälfte, zeigt eine runde Form und glatte Oberfläche. Es hat ein sehr langsames Wachsthum, viel langsamer als die Kehlkopfsarkome, und ist daher relativ gutartig.

Das erste und hauptsächlichste Symptom bei den Kehlkopfsarkomen besteht in Störung der Phonation, die auf die mechanische Behinderung zurückzuführen ist. Daneben findet sich je nach Sitz und Ausdehnung mehr oder weniger Dyspnöe. Schmerzen sind nicht häufig, Schluckbeschwerden auffallend gering. Mitunter wurde Fremdkörpergefühl beobachtet. In einigen Fällen von gestielten Tumoren kam es zu Blutungen.

Die Diagnose gehört zu den schwierigsten und ist durch die Inspektion allein kaum mit Sicherheit zu stellen. Auch die mikroskopische Untersuchung excidirter Stücke lässt häufig im Stich.

Die Prognose ist ohne Operation ganz infaust.

Durch Operation wird nicht ganz die Hälfte der Kranken gerettet. Die beste Prognose geben die Spindelzellensarkome, die schlechteste die Alveolarsarkome. Drüsenschwellungen, Ulcerationen an der Geschwulst und mit der Geschwulst zusammenhängende Schmerzen trüben die Prognose. Schnelles Wachsthum ist zu erwarten bei stärkerer Injektion der Geschwulstbasis.

Von 16 endolaryngealen Operationen haben 8 angeblich zur Heilung geführt, doch ist in den meisten Fällen die Beobachtungzeit zur Bildung eines sicheren Urtheils zu kurz. Von 15 Thyreotomien haben 11—12 zur Heilung geführt, in 2—3 Fällen erst nach wiederholter Operation. Nach 4 einseitigen Laryngektomien ist nur einmal ein Recidiv aufgetreten. Die Resultate der doppelseitigen Kehlkopfexstirpation sind unbefriedigend, von 15 Operationen haben nur 3 zur Heilung geführt.

Mehrere ausführliche Tabellen, in denen die bisher beobachteten Fälle nach den verschiedensten Gesichtspunkten zusammengestellt sind, sind der Arbeit beigegeben.

Rudolf Heymann (Leipzig).

161. Ueber die Lymphdrüsen und -Bahnen der Achselhöhle; von Fritz Grossmann. (Gekrönte Preisschrift. Berlin 1896. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 50 S. 1 Mk. 20 Pf.)

Gr. hat in chirurgischem Interesse 50 Untersuchungen an Leichen über Lagerung, Zahl und Gruppirung der axillaren Lymphdrüsen und ihrer Versorgungsbahnen ausgeführt.

Er hat neben einer ziemlich gleichmässigen Gruppirung eine beträchtlich grössere Zahl von Drüsen gefunden, als man bisher angenommen hat, 12—36 gegen 10—15. Zu dem Quellgebiet der Axillardrüsen gehören Arm, Nacken, Schulter, Rücken, Bauch, Brust und Mamma. Davon versorgt werden: 1) die Gll. brachiales 1—6, auf der Innenseite und am unteren Rand der Ven. axill. liegend, 2) die Gll. subscapul. 1—5 in der Nähe der subscapularen Gefässe und Nerven, 3) die Gll. axillar., deren erste in der Höhe der 3. Rippe am Pectoralisrand liegt. Die übrigen 4—8 liegen unter dem Pect. min. und lateralwärts im Achselfett. Im Zusammenhang mit diesen steht durch zahlreiche Anastomosen eine 4. Gruppe, die Gll. intermediae, 2—6 an der Zahl, tief im Achselfett vor und hinter der Ven. axill. gelegen. Durch Vermittelung dieser letzten Gruppe oder auch direkt stehen alle diese Achseldrüsen mit den Gll. infra- und supraclaviculares in Verbindung. Die Einzelheiten der anatomischen Untersuchungen sind im Originale nachzusehen. Gr. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Bei Mammacarcinom ist stets der Pectoralis major zu entfernen (Funktiondefekt nicht zu fürchten). 2) Die Ausräumung der Achselhöhle hat auch ohne nachweisbare Erkrankung der Drüsen zu erfolgen. 3) Sind die Achseldrüsen inficirt, so müssen stets auch die Gll. infraclav. entfernt werden. Auf die Gll. supraclav. ist dabei besonders zu achten, da sie vor nachweisbarer Infektion der infraclaviculares erkranken können. 4) Ist eine Erkrankung der infraclavikularen Drüsen klinisch nachweisbar, so muss ausser der Achselhöhle und der Infraclaviculargrube auch die Oberschlüsselbeingrube unter temporärer Resektion der Clavicula (Madelung) ausgeräumt werden. F. Krumm (Karlsruhe).

162. Di una nuova tecnica nello svuotamento del cavo ascellare per neoplasmi della mammella; pel Ambrogio Cuneo. (Policlinico III. 13. 1896.)

Kein Chirurg entfernt wohl heutzutage eine carcinomatöse Brustdrüse, ohne gleichzeitig auch die entsprechende Achselhöhle gründlich auszuräumen. Die Kr. haben aber, selbst wenn Alles glücklich abläuft und kein Recidiv eintritt, nicht selten manche unangenehme Folgen zu ertragen, die auf die bisher geübte Art der Ausräumung zurückzuführen sind. Die Bewegung im Schultergelenk der operirten Seite wird nämlich beeinträchtigt, es entwickeln sich neuralgische Schmerzen im Bereiche des Plexus brachialis, der ganze Arm oder ein Theil ist ödematös oder cyanotisch verfärbt. Diesen Erscheinungen entsprechend wird die Gebrauchsfähigkeit des Armes eingeschränkt.

Diese übelen Folgen rühren von dem Narbengewebe her, das sich bei der bisher üblichen Schnittführung, von der Haut ausgehend, um die Gefässe und Nerven legt, diese immer mehr comprimirt, sie sogar von ihrer normalen Richtung abzieht. Um diese narbigen Verwachsungen zu vermeiden, muss die Schnittführung so gerichtet werden, dass die Narbe entfernt von dem Gefässnervenbündel verläuft. Bei der Operation muss, wenn irgendwie angänglich, das Fettgewebe geschont werden, das die Gefässe und Nerven wie ein schützendes Polster umgiebt und die Einwirkung traumatischer Einflüsse abwehrt. Freilich ist das nicht immer möglich, da die Krankheit sich häufig zu weit ausdehnt. Aber selbst da, wo dieses Fettpolster sammt der Gefäss- und Nervenscheide auf einer gewissen Strecke entfernt werden muss, darf keinesfalls die entsprechende Narbe mit der Hautnarbe verwachsen, weil dann die oben bezeichneten störenden Folgeerscheinungen sich entwickeln.

Um diese zu vermeiden, hat C. folgende Schnittführung zur Ausräumung der Achselhöhle versucht und bewährt gefunden. Anstatt die Incision vom oberen Theile der zum Zwecke der Mammaexstirpation umschriebenen Ellipse zu beginnen und sie dann nach oben über die innere Wand bis zur äusseren Wand der Achselhöhle fortzuführen, führt er einen krummlinigen Schnitt, der vorn oben am vorderen Rande der Achselhöhle beginnt, dann nach abwärts so geführt wird, dass die Höhe der Krümmung den oberen Pol jener Ellipse berührt, hierauf aufwärts nach hinten fortgeführt wird bis zum hinteren Rande der Achselhöhle. Klappt man dann den so gewonnenen Hautlappen nach oben, so hat man die

Achselhöhle vollkommen frei vorliegen. Die Ausräumung ist dann sehr leicht. Die entstehende Narbe berührt die Gefässe nicht. Emanuel Fink (Hamburg).

163. **Ueber die heutige Prognose der Exstirpatio mammae carcinomatosae;** von K. Joerss in Greifswald. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 1 u. 2. p. 101. 1896.)

J. vergleicht die Erfolge der Brustkrebsoperationen, die in der Greifswalder chirurgischen Klinik nach Anwendung der radikalen Operation L. Heidenhain's erzielt wurden, mit den Operationergebnissen früherer Jahre.

Ueber die *Verbreitungswege des Brustkrebses* hat vor einigen Jahren L. Heidenhain neue Untersuchungen angestellt (Jahrbb. CCXXV. p. 59) und nachgewiesen, dass die meisten lokalen Recidive aus mikroskopisch kleinen Krebsnestern entstehen, die an vielen Stellen im retromammären Fettgewebe, ganz besonders zahlreich auf und in der Fascia pectoral. zu finden sind. Schon zu einer Zeit, wo der Primärtumor noch verhältnissmässig klein und vollständig auf dem M. pectoral. major verschieblich ist, findet man meist eine weite Verschleppung des Krebsepithels im retromammären Fette. Vor Kurzem hat Stiles die Untersuchungen Heidenhain's wiederholt, seine Befunde in allen wesentlichen Punkten bestätigt und manche neue wichtige Beobachtung hinzugefügt.

Ueber die Ausbreitungswege und Ausbreitungsart des Carcinoms zwischen den regionären Lymphdrüsen ist so gut wie nichts bekannt. Auf Anregung Heidenhain's hat J. in 8 Fällen Untersuchungen darüber angestellt, ob das die Achselhöhle ausfüllende Fettgewebe frei bleibt, oder ob es ebenso wie das retromammäre von Carcinommetastasen durchsetzt wird.

Das Ergebniss der ausserordentlich zeitraubenden Untersuchungen stellt sich als vorwiegend negativ heraus. Die vorgefasste Meinung, dass die verbindenden Lymphwege zwischen den krebsig erkrankten Drüsen Carcinomzellen enthalten würden, dass also das Fettgewebe der Achselhöhle in ähnlicher Weise von Krebsmetastasen durchsetzt sei, wie das retromammäre, hat sich nicht bestätigt.

1885—1893 wurden in der Greifswalder chirurgischen Klinik 98 Brustkrebse radikal operirt. Alle Kr. sind bis zum März 1896 beobachtet, die ältesten Fälle also 11, die jüngsten 3 Jahre hindurch. Das Greifswalder Material ist ausserordentlich ungünstig; so kamen in dem genannten Zeitraume noch 40 weitere Kr. zur Beobachtung, bei denen eine Radikaloperation nicht mehr möglich war und nur palliative Operationen gemacht werden konnten. Unter den 98 radikal operirten Kr. fanden sich bei 29 Verwachsungen des Tumor mit dem M. pectoral. major, also ein Befund, dem die grösste und ungünstigste prognostische Bedeutung zugeschrieben werden muss.

Helferich geht dem Brustkrebse gegenüber auf das Rücksichtsloseste vor, wie er selbst in einem kleinen Aufsatze betont hat: Entfernung der ganzen Brustdrüse, des ganzen perimammären Fettes, des Achselfettes u. s. w. „Die Abtragung der Brust von der Oberfläche des Brustmuskels geschah so, dass längs der Sternalinsertion desselben die Fascia pectoral. und die oberflächliche Lage des Muskels selbst eingekerbt und demnächst die Brust durch Zug in der Richtung nach der Achselhöhle entfernt wurde. Bei diesem Verfahren wurden immer kleinere oder grössere Theile der Oberfläche des Brustmuskels, gelegentlich dessen Hauptmasse, mit der Brust herabgerissen. Bei fester Verwachsung des Carcinoms mit dem Muskel wurden grosse Stücke des Brustmuskels mit entfernt. Seit dem Herbst 1890 wurde auch bei vollkommen frei beweglichem Carcinom darauf gesehen, dass *sicher die ganze Oberfläche des Pectoralis mit fortgenommen* wurde. Bei Krebsen, welche dem Muskel, wenn auch nur leicht, adhärent waren, wurde die Totalexstirpation des sternalen und clavikularen Antheiles des Pectoralis ausgeführt." Seit 1892 wird der Clavikulartheil nur dann entfernt, wenn ein auf ihm lagernder Krebsknoten in ihn hineingewachsen ist.

Von den 98 Operirten starben 4 kurz nach der Operation; von 2 Kr. blieb jede Nachricht aus. Von den 92 Operirten leben und sind gesund 3 Jahre post operat. und länger 26 Kranke.

Nach weiteren statistischen Zusammenstellungen, deren Einzelheiten im Originale nachgelesen werden müssen, ergiebt sich, dass die operative Therapie des Brustkrebses seit 1889 einen grossen Fortschritt gemacht hat. „Die Dauererfolge sind *gegenüber den günstigsten früheren Statistiken* im Durchschnitte um 15.7% gestiegen, die Zahl der Lokalrecidive ist um 26.2% geringer geworden."

P. Wagner (Leipzig).

164. **Zur Technik der sacralen und parasacralen Methoden;** von Dr. A. Wiesinger in Hamburg. (Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten IV. p. 433. 1896.)

Um den zahlreichen unglücklichen Frauen mit schon weit vorgeschrittenen Uteruscarcinomen, die vaginal nicht mehr exstirpirbar sind, operative Hülfe zu bringen, müssen sacrale und parasacrale Operationen versucht werden.

W. theilt 24 Fälle mit, 8mal hat er nach Schuchardt's perineo-vaginaler Methode (Jahrbb. CCLII. p. 248) operirt (kein Todesfall), 16mal mit osteoplastischer Resektion (3 Operationen blieben unvollendet, 3 Frauen starben). Unter den 18 verwerthbaren Fällen ist bisher 5mal, zum Theil schon tödtliches Recidiv aufgetreten.

Auf Grund seiner Erfahrungen kommt W. zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die vaginale Operation zur Beseitigung der Uteruscarcinome ist wesentlich einzuschränken oder ganz aufzugeben; statt ihrer ist zu versuchen, wie weit sich die Dauerresultate durch die para-

sacrale, bez. Schuchardt'sche Methode verbessern lassen.

2) Diejenigen Uteruskrebse, die der technischen Schwierigkeiten wegen nicht vaginal operirt werden können, ferner die mittelschweren, bereits weiter vorgeschrittenen, besonders mit Infiltration eines Parametrium verbundenen, sind nach der parasacralen, bez. Schuchardt'schen Methode zu operiren.

3) Die allerschlimmsten Krebse sind, wenn sie überhaupt operirt werden sollen, durch die sacralen, osteoplastischen Methoden anzugreifen.

Manche Krebse, die für die Schuchardt'sche Methode keinen Erfolg mehr bieten, können mit den sacralen Methoden noch mit Aussicht auf Erfolg in Angriff genommen werden. Im Falle der Operation ist völlige Ablösung des Mastdarmes in der Ausdehnung der Wunde und das Aufsuchen der Ureteren vor der Durchtrennung der Parametrien zu empfehlen. P. Wagner (Leipzig).

165. **Zur Behandlung der typischen Radiusbrüche**; von Dr. Storp in Königsberg. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 2. p. 336. 1896.)

St. ist der Ansicht, dass es bei der Behandlung der typischen Radiusbrüche nicht wesentlich darauf ankomme, was für einen Verband man anlegt. Das Hauptgewicht ist nicht auf die Knochenverletzung, den Bruch als solchen, sondern auf die hierbei fast immer bestehenden Nebenverletzungen zu legen. Der Knochen heilt an dieser Stelle wohl ausnahmelos und, sofern nur vorher reponirt worden ist, in der grossen Mehrzahl der Fälle auch ohne Dislokation. Dagegen bedingen die häufig bestehenden Nebenverletzungen in vielen Fällen ganz erhebliche Funktionsstörungen der Hand. Die fast in $^2/_3$ aller Fälle vorhandenen Nebenverletzungen bestehen in Blutergüssen in's Handgelenk durch Längsbruch, bez. Fissur des unteren Knochenfragmentes, Zerreissungen und Durchbohrungen der Handgelenkkapsel und der dorsalen, seltener der volaren Sehnenscheiden, ferner Abbrechen des Processus styloid. ulnae, Zerreissung der Cartilago triqnetra u. s. w. Werden in allen diesen Fällen Handgelenk und Finger allzulange durch Verbände fixirt, so kommt es, besonders bei älteren Leuten, zu Verwachsungen in den Gelenken und Sehnenscheiden und damit zu längerer, unter Umständen dauernder Steifigkeit und Funktionbeeinträchtigung der Hand und der Finger. Es ist deshalb ja auch jetzt allgemein anerkanntes Princip, die Finger ganz vom Verbande frei zu lassen, und möglichst frühzeitig mit Massage und zeitweisen Bewegungen der Hand und Fingergelenke zu beginnen.

Am weitesten in dieser Beziehung geht Petersen (Jahrbb. CCXLIV. p. 166), der den Arm nach der völligen Reposition einfach in eine Mitella legt, in der Weise, dass die Hand frei über den Rand der Mitella herabhängt. St. hat mit dieser Methode bei intelligenten Kranken und bei dauernder ärztlicher Aufsicht gute Resultate erzielt.

Für seine poliklinischen Kranken hat St. den Verband in der Weise modificirt, dass er nach vollständigem Redressement des gebrochenen Knochens (wenn nöthig in Narkose; *dies kann nicht genug betont werden*), nachdem nicht nur jede Dislokation ausgeglichen, sondern die Hand in extreme ulnovolare Flexion gestellt ist, an Stelle der Mitella einen ca. 10 cm breiten Heftpflasterstreifen auf Segeltuch mehrfach um den Arm bis an den Proc. styloid. heran umlegt. Durch einen zweiten darüber gelegten Streifen wird eine Falte fixirt, die durchlocht wird, und durch die ein Tuch oder eine Binde gezogen wird, um darin den Arm am Nacken zu suspendiren. Die Vortheile dieses Verbandes gegenüber einer Mitella sind:

1) Eine gewisse Fixation und Compression der Bruchstelle bei völliger Bewegungfreiheit im Handgelenke. 2) Wird die Hand dauernd in gleicher Weise an der gleichen Stelle unterstützt herabhängen. 3) Steht es ganz im Belieben des Arztes, ob er die Hand mehr in ulnarer oder volarer Flexionstellung fixiren will, und das ist relativ wichtig. In manchen Fällen lässt sich die dorsale Verschiebung leicht ausgleichen, wogegen die radiale Verschiebung Neigung zeigt, sich nach der Reposition wieder herzustellen. In solchen Fällen würde man dann den Aufhängepunkt ganz auf die radiale Seite verlegen und die Hand ganz in ulnarer Abduktion herabhängen lassen. 4) Kommt es, besonders wenn die Hand etwas hoch an der Brust emporgezogen suspendirt gehalten wird, nicht zu der den Kr. in den ersten Tagen wenigstens höchst unangenehmen, ja schmerzhaften Stauung in der Hand und der Bruchstelle.

St. hat bisher 104 Radiusbrüche mit seinem Verbande behandelt.

Unter 95 Kr., bei denen er über das Endresultat berichten kann, sind 91 „sowohl in kosmetischer, wie funktioneller Beziehung in völlig idealer Weise geheilt“. Die Dauer der Behandlung betrug im Durchschnitte 3 Wochen.

P. Wagner (Leipzig).

166. **Zur Behandlung des typischen Radiusbruches**; von Dr. E. Braatz in Königsberg. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 2. p. 329. 1896.)

Von dem Grundsatze aus, dass ein Verband den gebrochenen Radius, ähnlich wie der redressirende Händedruck, von der dorsalen und volaren Seite zugleich angreifen soll, hat Br. 1887 eine aus *Beely*'schem Gipshanfmaterial gefertigte Spiralschiene beschrieben. In den letzten Jahren bevorzugt er einen *Gipskataplasmaverband aus Formleinen* oder *Hessian*, einem mittelstarken, billigen Stoffe, wie ihn die Tapezirer als Zwischenfutter beim Möbelpolstern benutzen.

Die Art, wie dieser Verband angelegt wird, muss im Originale nachgelesen werden. Br. stellt

die Hand meist auch in Volarflexion; ob Ulnarabduktion oder unter Umständen Supination vorzunehmen ist, entscheidet der einzelne Fall. Bei der Nachbehandlung ist das Hauptgewicht auf ordentliches Bewegen der Finger zu legen. Mit dem Fortlassen der Schiene soll man nicht zu schnell bei der Hand sein. Es kommen sicher Fälle vor, in denen trotz bester Reposition ein anscheinend consolidirter Bruch nach dem Abnehmen der Schiene, einige Zeit, nachdem er schon in tadellos guter Stellung gestanden hat, beim stärkeren Gebrauche der Hand sich wieder etwas dislocirt.

P. Wagner (Leipzig).

167. **Ophthalmia neonatorum, especially in reference to its prevention**; by Dr. W. G. Sym. (Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. XV. p. 130. 1896.)

Der Vortrag S.'s enthält eine gedrängte Zusammenstellung der verschiedenen bekannten Behandlungsarten der Blennorrhöe, sowie etwas ausführlicher die medicinischen und gesetzlichen Maassregeln zur Verhinderung dieser gefährlichen Augenkrankheit, an deren unrichtiger oder zu spät erfolgter Behandlung auch in England und Schottland die unwissenden, selbst kurirenden Hebammen die grösste Schuld tragen. Strenge Vorschriften und Strafen für die Hebammen und Aufklärung des Volkes über die Gefährlichkeit dieser Erkrankung dürften von grossem Nutzen sein. Nach der Zählung von 1891 waren in England und Schottland 26264 Blinde und von diesen waren 6566, also ungefähr 25%, durch Blennorrhöe in den ersten Lebenstagen erblindet.

S. behandelt die Blennorrhoea neonatorum mit Ausspülung (lauwarme Sublimatlösung 1:6000) alle 1—2 Stunden, Bepinselung mit Höllensteinlösung alle 2 Tage und Jodoformsalbe.

Lamhofer (Leipzig).

168. **Ueber Tripper-Entzündung der Bindehaut und Folgen; Tripper-Iritis; Iritis gummosa; Netzhautablösung; Netzhautquetschung; flächenhafte, durch Eiterkokken bedingte Bindehautentzündung; Behandlung äusserer Augenleiden durch Einstäubung mit verschiedenen Mitteln**; von Prof. Max Burchardt. (Charité-Annalen XXI. p. 352. 1896.)

Den einzelnen Krankheiten im obigen Titel entsprechend, sind von B. mehrere, sehr lehrreiche Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt. Zur Einstäubung in den Bindehautsack zieht B. nach längeren Versuchen mit Calomel, Jodoform, citronensaurem Silber (Itrol), reinem Silberoxyd, milchsaurem Silber (Aktol), Nosophen (Tetrajodphenolphtaleïn), Thioform (Bismuthum dithiosalicylicum), Loretin jetzt bei Conjunctivitis und Keratitis eczematosa, sowie bei Hornhautgeschwüren Nosophen und Thioform vor; beide Mittel werden zur Vermeidung jeder Reizung und zur leichteren Verstäubung erst mit Talcum vermischt. Lamhofer (Leipzig).

169. **Penetrating wounds of the eye: their prognosis, diagnosis and treatement, with especial reference to railway employés**; by Dr. Archibald C. Thomson, Philadelphia. (Univers. med. Mag. IX. 2. p. 100. Nov. 1896.)

Eine sehr gute Abhandlung über Verletzung des Auges mit oder ohne Zurückbleiben eines Fremdkörpers. Zur leichteren Uebersicht und auch in Hinsicht auf die Prognose, theilt Th. das Auge in 3 Verletzungsgebiete, von denen das mittlere den Ciliarkörper einschliessende, die schlimmste Prognose bei Verletzungen für sich hat. Wo die übrigen Mittel, einen Fremdkörper im Auge aufzufinden, im Stiche lassen, da empfiehlt Th. die Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen.

Lamhofer (Leipzig).

170. **Ueber Netzhaut-Degeneration durch Eisensplitter**, *nebst Bemerkungen über Magnet-Extraktion;* von Dr. Eugen v. Hippel in Heidelberg. (Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 151. 1896.)

Die Abhandlung H.'s enthält eine kritische Zusammenstellung der bekannten Fälle von Netzhautdegeneration und eigene Beobachtungen. Durch einen Fremdkörper im Auge kann in verschieden langer Zeit nach der Verletzung eine vollständige Degeneration der Netzhaut ohne Ablösung eintreten und die Atrophie kann sich auf die Muskulatur der Iris und des Ciliarkörpers erstrecken. Ob bei Nichteinkapselung eines Fremdkörpers eine derartige Veränderung leichter eintritt, ist nicht bestimmt zu entscheiden.

Die Frage, ob man bei reizlosem Auge und gutem Sehvermögen einen auch kleinen Eisensplitter stets entfernen soll, da doch eine spätere Entzündung, Netzhautablösung oder -Degeneration oder Macula-Erkrankung immerhin möglich ist, lässt sich nicht in der Form einer Regel beantworten. Je sorgfältiger der Kranke ist, desto ruhiger kann man mit der Operation warten. Die Magnetextraktion nach Hirschberg und Haab giebt oft sehr günstigen Erfolg.

Lamhofer (Leipzig).

171. **Zur Prophylaxe der sympathischen Ophthalmie**; von Dr. Georg Abelsdorff. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 4. p. 345. 1896.)

Die Krankengeschichte A.'s lehrt recht deutlich, dass wir nach einer Verletzung eines Auges das andere vor sympathischer Entzündung nicht immer mit Bestimmtheit retten können, welches Operationsverfahren, ob Enucleation, Exenteration oder Resektion auch dabei vorgezogen werden mag. Die sympathische Entzündung brach bei dem 3½jähr. Kinde, dessen rechtes Auge durch einen Glas- oder Porzellansplitter bei einer Polterabendfeier verletzt worden war, 7 Wochen nach der Verletzung, 3 Wochen nach der Operation, 5 Tage, nachdem das Kind aus der Klinik geheilt entlassen worden war, so heftig aus, dass Personen schon einige Tage später nicht mehr erkannt werden konnten. Und doch war hier unmittelbar vor der Enucleation von Schweigger die Resektion eines 7—8 mm langen Stückes des Sehnerven gemacht worden. Alle Mittel besserten während eines neuen Aufenthaltes des Kindes in der Klinik den Zustand des linken Auges nicht. Lamhofer (Leipzig).

172. **Exenteratio bulbi mit Kugeleinheilung**; von Dr. H. Schmidt in Aachen. (Klin. Mon.-Bl. f. Angenhkde. XXXIV. p. 367. Nov. 1896.)

Der Zweck der Exenteratio bulbi ist, für das Glasauge einen möglichst grossen, leicht beweglichen Stumpf zu schaffen. Sch. hat 5mal nach der Ausräumung des Augapfels unter Einhaltung eines bestimmten, in der Abhandlung ausführlich beschriebenen Verfahrens eine metallische Hohlkugel in die Augenhöhle eingenäht und 3mal damit Erfolg gehabt. Die Kugel blieb in einem Falle $4^1/_4$, im 2. nahezu 5 und im 3. $3^1/_2$ Jahre von der Operation an bis jetzt, bez. bis zum Tode des Kranken reizlos im Auge.

Lamhofer (Leipzig).

173. **Le faux glaucome**; par L. de Wecker, Paris. (Ann. d'Oculist. CXII. 4. p. 249. Oct. 1896.)

Ueber die Ursache und die Heilung des Glaukoms sind die Meinungen noch getheilt. Das gilt besonders für die Behandlung des chronischen Glaukoms, denn die, die das akute Glaukom durch irgend welche Mittel verhüten und heilen wollen und auch hier die Operation entbehren zu können glauben, sind wohl nur einzelne. In der vorliegenden Arbeit stellt de W. das „falsche“ Glaukom dem wahren chronischen Glaukom gegenüber und schildert die Erscheinungen beider Erkrankungen, den Augenspiegelbefund, das Aussehen der Papille, die durch erhöhten Druck erzeugte glaukomatöse und die schon bei normalem physiologischen Drucke sich bildende Excavation bei erkranktem Sehnerven in so anschaulicher und vortrefflicher Art, dass es geradezu unmöglich ist, aus dieser Darstellung nur einige besonders wichtige Stellen etwa wiederzugeben. Gerade die Unkenntniss oder Nichtbeachtung dieser klinischen Unterschiede hat die chirurgische Behandlung des chronischen Glaukoms in Misskredit gebracht. Würden wir ein Mittel besitzen, auch die feinste Veränderung in der Spannung eines Auges vielleicht so wie das Gesichtsfeld genau zu messen, so würde die Verwechselung des wahren und des falschen Glaukoms nicht so häufig sein. Wo erhöhte Spannung vorhanden ist, nützt nur die Iridektomie und Sklerotomie; beim Glaucoma simplex chron. dürfen Myotica nur so lange verwendet werden, als der Kranke eine Operation verweigert. Beim falschen Glaukom aber muss eine allgemeine Behandlung stattfinden; Myotica schaden hier zwar nicht, nützen aber auch nicht auf die Dauer; eine Operation, ob Iridektomie oder Sklerotomie, besonders erstere, schadet hier stets, manchmal in geradezu auffallend hohem Grade in kurzer Zeit. [Cocoius, dem bekanntlich eine ungemein scharfe Beobachtung eigen war, pflegte in seiner Art zu sagen: Nimmt man uns die erhöhte Spannung, die wir mit unseren Tastkörperchen in den Fingerspitzen prüfen, so nimmt man uns auch das Glaukom.]

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

174. **Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfektion grösserer Räume**; von Prof. E. Pfuhl. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 2. p. 338. 1896.)

Unsere jetzige *Wohnungsdesinfektion* vermag zwar Sicheres in der Vernichtung infektiöser Keime zu leisten, aber sie ist doch umständlich und für Den, der sie über seine Wohnungsausstattung ergehen lassen muss, ein Greuel. Der Wunsch, bei der Desinfektion die Zimmer und die Ausstattung ganz unberührt zu lassen, ist daher immer rege und veranlasst, nach gasförmigen Desinfektionsmitteln zu suchen. Im Auftrage des preussischen Kriegsministerium prüfte Pf., ob sich das *Formaldehydgas* für die Desinfektion grösserer Kasernen- oder Krankenstuben bewähren würde. Verhältnissmässig leicht gelang es, *Tuberkelbacillen* im frischen und eingetrockneten Sputum abzutödten, denen doch sonst schwierig beizukommen ist: sie waren nach Verwendung von 14.1, bez. 15.7 g Methylalkohol auf 1 cbm unschädlich. Aber der Anwendung dieses Desinfektionsmittels hierbei sowohl, wie bei grösseren Räumen, die mit *Typhus, Cholera, Diphtherie, Tetanus* oder *Milzbrand* inficirt sind, steht der Umstand im Wege, dass *10* und mehr *Lampen nothwendig* sind, deren Inbetriebsetzung *höchst unangenehme Nebenwirkungen* (Reizung der Schleimhäute) auf die Arbeiter ausübt. Pf. spricht sich daher dahin aus, dass sich dieses Verfahren für die Desinfektion grösserer Räume nicht eignet. Ficker (Leipzig).

175. **Zur Bedeutung des Formalins, bez. Formaldehyds als Desinfektionsmittel**; von K. Walter. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXI. 3. p. 421. 1896.)

In der Concentration von 1 : 10000 macht Formalin das Wachsthum von Milzbrand, Cholera, Typhus, Diphtherie und Staphylococcus pyogenes aureus unmöglich, hemmt in starker Verdünnung als Gas das Wachsthum und tödtet in 1proc. Lösung Reinculturen pathogener Keime in 1 Stunde ab, in verdünnten alkoholischen Lösungen wird die Wirkung noch intensiver. Zur Sterilisirung von Instrumenten ist es nicht geeignet, kann aber in 3proc. Lösungen benutzt werden, um die Hände keimfrei zu machen. Durch Besprayen mit Formalinlösungen und nachherigem luftdichten Abschluss wurden künstlich inficirte Stoffproben sterilisirt, auch im Grossen liessen sich Ledersachen, Uniformen u. s. w. ohne irgend welche Beschädigung in 24 Stunden desinficiren. Fäces werden in 1proc. Lösung fast augenblicklich desodorisirt und in 10 Minuten in 10proc. Lösung keimfrei.

W. kommt zu dem Ergebnisse, dass Formalin ein vorzügliches, vielseitig und bequem anzuwendendes Desinfektionsmittel ist. Besondere Dienste leistet es als Ersatzmittel für den strömenden Wasserdampf, wenn dieser nicht zur Verfügung steht oder wegen Schädigung der Objekte nicht anzuwenden ist. Woltemas (Diepholz).

176. **1) Apparat zur Demonstration der Luftdurchgängigkeit von Kleidungsstoffen**; von Max Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 1. p. 41. 1896.)

2) Apparat zur Demonstration der Comprimirbarkeit der menschlichen Bekleidungsstoffe. (Ebenda p. 49.)

3) Sphärometer mit variirbarer Belastung. (Ebenda p. 44.)

R. beschreibt drei Apparate, die er selbst construirt hat und die sich durch Einfachheit auszeichnen. Die beiden ersten eignen sich zu Vorlesungsdemonstrationen.

Der erste Apparat, dessen Princip im Grossen und Ganzen darin besteht, dass Leuchtgas durch den in Blechkapseln von besonderer Art eingebrachten Stoff geleitet wird, ermöglicht das Demonstriren der Luftdurchgängigkeit bei verschieden dicker Lage der Stoffe und bei gleicher Stoffdicke, aber ungleicher Webweise.

Der zweite Apparat dient dazu, die Comprimirbarkeit der menschlichen Bekleidungstoffe zur Anschauung zu bringen: die Compression findet durch eine mit Gewichten zu belastende Messingplatte statt, mit Hülfe eines Zeigers erkennt man die Schwankungen.

Das *„Sphärometer“* endlich ist ein Instrument zur Messung der Dicke von Geweben, dabei ist die Mikrometerschraube zur Verwendung gekommen. Dieses Instrument eignet sich auch zu Dickenmessung bei verschiedener Belastung, speciell zur Prüfung der elastischen Eigenschaften der Kleidungstoffe. Ficker (Leipzig).

177. **Die Comprimirbarkeit der Kleidungsstoffe im trocknen Zustande und bei Gegenwart von Feuchtigkeit**; von Prof. Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 1. p. 51. 1896.)

Unter Comprimirbarkeit der Gewebe versteht man die Anzahl Procente des ursprünglichen Volumen eines Kleidungsstoffes, auf die er durch eine aufgelegte Last zusammengedrückt wird. Bei der Auswahl der Handelsgewebe wird ja immer ein gewisser Werth auf die Comprimirbarkeit, die „Weichheit“, gelegt, indem man danach die Behaglichkeit, die ein solcher Stoff beim Tragen am Körper bieten wird, beurtheilt. Aber diese Comprimirbarkeit hat noch ein weiteres hygieinisches Interesse. Wichtig ist, dass sie nicht von der Art der Grundsubstanz, sondern von der Verarbeitung abhängig ist. Die mittels des Sphärometer gefundenen Werthe der Comprimirbarkeit *trockner* Stoffe lassen erkennen, dass Wolle weicher als Seide und Seide weicher als Baumwolle ist. Von den Wollstoffen lässt sich Wollkrepp am meisten, weniger gut der Wollflanell, noch weniger der Wolltricot und am wenigsten der Caschmir comprimiren. Die Beobachtungen an *nassen* Stoffen ergaben, dass die Feuchtigkeit im Anfange einen Einfluss auf die Comprimirbarkeit der Gewebe ausübt. Seide jedoch ist in keiner Verarbeitung feucht comprimirbarer als trocken. Manche Stoffe nehmen nach der Befeuchtung deutlich und erheblich an Dicke zu. Diese Dickenänderung kann natürlich nicht ohne Wirkung auf das Wärmeleitungsvermögen bleiben. Auch für die Menge der die Kleidung durchsetzenden Luft wird sie von Belang sein, es wird daher für die Methode der Permeabilitätbestimmungen nicht gleichgültig sein, ob man mit Wasserdampf gesättigte oder trockene Luft durch die Stoffe hindurchpresst.

Ficker (Leipzig).

178. **Zur Bilanz unserer Wärmeökonomie**; von Prof. Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 1. p. 69. 1896.)

Von jenen Wärmemengen, die dem thierischen und menschlichen Organismus auf den verschiedenen Wegen verloren gehen, kommen die grössten auf Rechnung der Wärme-Strahlung und -Leitung. Bisher waren Leitung und Strahlung nur ihrer Summe nach als Wärmeverlust bekannt. Erst die Untersuchungen R.'s ermöglichen es, die *Menge der Strahlung* zu berechnen, da ja durch R. die Temperaturen an der äusseren Oberfläche der Kleidung, sowie das absolute Strahlungsvermögen der Kleidungstoffe näher festgestellt worden sind. R. führt die ganze Berechnung der Bilanz für eine Versuchsperson durch, die bei 80 kg Körpergewicht eine Oberfläche des nackten Körpers von 22430 qcm besitzt und eine solche Arbeitleistung (Gehen) verrichtet, dass der Gesammtkraftwechsel = 2700 Calorien pro 24 Stunden anzunehmen ist. R. berechnet die Oberfläche der bekleideten Person zu 21923 qcm, ungünstige Stellen an Armen und Beinen, die am Strahlungsverlust sich kaum betheiligen können, abgerechnet, bleiben für die Strahlung der Kleidung 18804 qcm übrig. Wenn die Luft 17.5° C., die Kleidung 22.9° C. hatte, so fand R., für den Anzug (Sommerkammgarn) als Ausstrahlungscoëfficienten 4.11 Calorien pro 1 qcm und pro 1 Stunde berechnend, als Gesammtverlust 41.72 Calorien. Den Wärmeverlust der behaarten Stellen (600 qcm) berechnet R. wie den der bekleideten = 1.33 Calorien. Die unbehaarten Stellen messen 1200 qcm, die Temperaturdifferenz zwischen Haut und Luft betrug 12.5° C., das ergiebt (das specifische Strahlungsvermögen der Haut gleich dem des Kammgarns angenommen) = 6.15 Calorien als Strahlung für die nackten Stellen pro Stunde. Die Summe der ganzen Strahlung beträgt demnach = 1181 Calorien pro Tag.

Die ganze Bilanz ergiebt folgende Zahlen:

	Absolut in Calorien
Athmung	35
Arbeit	51
Erwärmung der Kost	42
Wasserverdunstung	558
Leitung	833
Strahlung	1181
Summe	2700

Selbstverständlich sind diese Werthe einzig und allein für die in diesem Falle gegebenen Verhältnisse gültig. Ficker (Leipzig).

179. **Ueber einige wichtige physikalische Eigenschaften der Kreppstoffe**; von Prof. Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 1. p. 78. 1896.)

R. untersuchte 23 Kreppstoffe auf ihre wesentlichen Eigenschaften und fand, dass die Kreppstoffe (abgesehen von aussergewöhnlich luftigen Flanellsorten) die leichtesten, zu Bekleidungzwecken dienenden Stoffe sind. Sie sind leicht comprimirbar, ein Umstand, der in Gemeinschaft mit der nicht unerheblichen Dicke die Eigenschaft hoher Weichheit verleiht. Der Wärmedurchgang wird durch die Fadenanordnung in Kreppen sehr erleichtert, der höhere Luftgehalt jedoch gleicht diesen Nachtheil wieder aus. In dem Wärmedurchgangsvermögen reihen sich die Kreppe zwischen Wollflanellen und Wolltricot ein. Die minimalste Wassercapacität ist bei den Baumwoll- und Seidekreppen etwas höher als bei den Tricotstoffen. Der Wärmeverlust wächst bei Einlagerung von Wasser wegen der Faltenbildung mehr, als bei den Flanellen und Tricotgeweben. Ficker (Leipzig).

180. **Notiz über die hygienische Bedeutung von Sammtstoffen**; von Prof. Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 1. p. 102. 1896.)

Wie die Kreppstoffe, so leiten auch die Sammtstoffe die Wärme besser als Flanelle, Tricotgewebe u. s. w., jedoch sind sie weniger wasserführend, als die Kreppe und ähneln darin den Tricotstoffen. Die 2 untersuchten Sammtstoffe zeigten einen Luftgehalt von 85—90%.
Ficker (Leipzig).

181. **Ueber die Permeabilität der Kleidungsstoffe**; von Max Rubner. (Arch. f. Hyg. XXVII. 3. p. 249. 1896.)

In der Bekleidungshygieine ist die Permeabilität der Kleidungsstoffe bisher am eingehendsten Gegenstand der Untersuchung gewesen, gehört doch die Durchgängigkeit für Luft zu den wichtigsten Eigenschaften einer Kleidung. Die Thatsache, dass sich auf unserer Haut eine Wasserverdampfung vollzieht, weist ja schon auf die Nothwendigkeit der Permeabilität der unseren Körper bedeckenden Stoffe hin. Die bisherigen Messungen und die Schlüsse, die man daraus gezogen, haben aber nach R.'s Ansicht zu falschen Vorstellungen geführt, da die Untersucher den *physikalischen Aufbau* der Gewebe nicht kannten. R. hat nun zahlreiche Permeabilitätbestimmungen mit Hülfe einer besonderen Methode ausgeführt, die sich vor Allem darin von den bisher verwendeten unterscheidet, dass sie eine Volumänderung der untersuchten Stoffe durch hygroskopisches Wasser verhindert, in den bisherigen Versuchen hatte man die aus einer Gasuhr austretende, d. h. mit Wasserdampf gesättigte Luft durch den Kleidungstoff durchtreten lassen. Die Resultate, die die Zeiten angeben, innerhalb deren eine bestimmte Menge Luft durch den Stoff hindurchgegangen ist, beweisen das *ungleiche* Lüftungvermögen der Handelswaare auf's Deutlichste. *Leder* liess keine Luft hindurch, bei einem *appretirten Köper* dauerte es 301 Sekunden, ehe 5 Liter Luft durch 109.3 qcm hindurchgingen, bei *appretirtem Leinen* 197 Sekunden, bei *Marcelline* nur 61 Sekunden u. s. w. Das *specifische Gewicht* allein giebt keinen absoluten Anhaltepunkt für die Lüftungcoëfficienten, sondern es kommt noch die Eigenthümlichkeit des das Gewebe aufbauenden *Fadens* hinzu. Der *Jäger*'sche Kameelhaarstoff zeigt keine andere Lüftbarkeit als der *Innsbrucker Loden*, der lüftbarste aller zur Oberkleidung dienenden untersuchten Stoffe war der sogenannte *Tiroler Bauernloden*. *Baumwolltricot* ist leichter lüftbar als ein *Wolltricot*.

Zum Schlusse schlägt R. vor, einen *Permeabilitätcoëfficienten* zu berechnen, er versteht unter diesem Ausdruck, wie viel Zeit nothwendig ist, um durch 1 qcm Fläche und eine 1 cm dicke Schicht 1 ccm Luft bei dem gegebenen Drucke hindurchzulassen. Unter den von R. untersuchten Stoffen zeigte Baumwollenkrepp den niedrigsten (0.3), Seide den höchsten (81.5 Sekunden) Permeabilitätcoëfficienten. Ficker (Leipzig).

182. **Zur Hygiene der Kleidung**; von Prof. Buchner. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 26. p. 611. 1896.)

Im Anschlusse an die Untersuchungen Rubner's und Rumpel's erörtert B. die Vorzüge der lockeren Wollstoffe als Wärmeschutzmittel. Von grosser Wichtigkeit ist auch die Eigenschaft der Wollfaser, die atmosphärische Luft energisch an ihrer Oberfläche festzuhalten und sich daher schwer mit Wasser zu benetzen, in Folge davon wird bei Durchfeuchtung das Wasser schnell nach aussen geleitet und die inneren, der Hautoberfläche anliegenden Schichten des Stoffes bleiben trocken. Durch eine wasserdichte Imprägnirung würde diese Eigenschaft noch gesteigert werden, und B. empfiehlt Versuche damit nicht nur für Oberkleider, sondern auch für Unterkleider.
Woltemas (Diepholz).

183. **Untersuchungen über die Verunreinigungen des Kieler Hafens**; von Prof. Bernhard Fischer. Aus dem hyg. Inst. der Universität Kiel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 1. p. 1. 1896.)

In einer umfang- und inhaltreichen Arbeit berichtet F. über systematische Untersuchungen des Kieler Hafenwassers, dessen Verunreinigung seit Jahren eine Reihe von Uebelständen zur Folge hat. Nachdem F. den *Kieler Hafen* und die *Quellen der Verunreinigung* eingehend besprochen hat, schildert er den *Nachweis der Verunreinigung*, und zwar empfiehlt er, wie es auch bei dem Nachweis der

Flussverunreinigung die Regel ist, zunächst die *Wasseruntersuchung an Ort und Stelle*, die die Farbe, Durchsichtigkeit und den Geruch des Wassers vor Allem festzustellen hat. Die Untersuchung der entnommenen Wasserproben fand in *physikalischer, chemischer* und *bakteriologischer* Hinsicht statt, namentlich die *bakteriologische* Untersuchung war in ganz besonderem Maasse geeignet, über das Vorhandensein und über die Grösse einer Verunreinigung des Hafenwassers Aufschluss zu geben. Diese wurde durch den erhöhten Keimgehalt auch da noch angezeigt, wo die Oxydirbarkeit, der Chlorgehalt, das specifische Gewicht und die Durchsichtigkeit eine Verunreinigung *nicht* mehr erkennen liessen. Auf Grund zahlreicher Keimgehaltbestimmungen stellt F. den Satz auf, dass das nicht verunreinigte Meerwasser an der Oberfläche in der Regel weniger als 500 Keime in 1 ccm enthält und dass eine grössere Bakterienzahl den Verdacht einer stattgehabten Verunreinigung nahe legt, und zwar um so mehr, je höher sich der Keimgehalt erweist. Die Verunreinigung machte sich nun namentlich im Innenhafen und hier namentlich im schmalsten, innersten Abschnitt bemerkbar, während sie im Aussenhafen sich oft gar nicht mehr nachweisen liess in Folge der ganz hervorragenden *selbstreinigenden Kraft* des Hafens. Letztere beruht auf der *starken Verdünnung*, ferner auf dem *Absetzen der Sinkstoffe*, das bei Meerwasser ganz besonders rasch und ausgiebig stattfindet, und endlich auf *chemischen und biologischen Vorgängen*.

Sodann theilt F. die Untersuchungergebnisse bei anderen verunreinigten Seehäfen (*Palermo, Oran, Flensburg*) ausführlich mit und bespricht schliesslich die mit der Einleitung der Schmutzwässer in den Kieler Hafen verbundenen Belästigungen (unappetitliches Aussehen, üble Ausdünstungen u. s. w.), sowie die Infektiongefahr. Zur Beseitigung aller dieser Unzuträglichkeiten und Gefahren schlägt F. endlich vor, da geeignete Ländereien für Berieselung in der Nähe Kiels nicht zu beschaffen sind, die selbstreinigende Kraft des Hafens noch besser auszunutzen und die Abwässer ausserhalb des Hafens in die See zu leiten (etwa in die nördlich von Friedrichsort gelegene Strander Bucht), ein Verfahren, das vor der Reinigung der Abwässer durch eine mechanisch-chemische Klärung den Vorzug der Billigkeit haben und vor Allem auch die Frage der Beseitigung der Fäkalien (Kiel hat Kübelsystem) in der glücklichsten Weise lösen würde.

Ficker (Leipzig).

184. **Sur les divers types du coli-bacille des eaux**; par le Dr. Refik Efendi. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 4. p. 242. 1896.)

Nachdem schon Nicolle über die Häufigkeit des Vorkommens der Coli-Arten im Wasser von *Constantinopel* berichtet hatte, theilt R. mit, dass sie fast constant sowohl im Wasser von Constantinopel, als auch in der Umgebung anzutreffen sind, und zwar zeigten sie sich eben so gut in den verschiedenen Brunnen, als auch in der Wasserleitung von Constantinopel und Scutari. R. hat 5 verschiedene Typen der Coli-Gruppe beobachtet und beschreibt kurz ihre Eigenschaften. Er hebt besonders hervor, dass zwischen den Fähigkeiten der Zuckervergährung und der Milchcoagulirung Beziehungen nicht zu bestehen scheinen.

Ficker (Leipzig).

185. **Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung des Wassers auf Colibakterien**; von Dr. Ed. v. Freudenreich. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XX. 14 u. 15. p. 522. 1896.)

v. Fr., der in einer früheren Arbeit ein Verfahren veröffentlichte, das das Auffinden von *Colibakterien* im Wasser erleichterte, berichtet über Versuche, die auf die Frage der Vermehrung der Colibakterien im Wasser ein Licht werfen sollen. Es ergab sich, dass Bact. coli sowohl, wenn es allein in einem Wasser gegenwärtig ist, als auch, wenn es sich neben den gewöhnlichen Wasserbakterien befindet, sich mehr oder weniger rasch vermehrt, in einem „reineren“ Wasser hingegen fand es ungünstigere Bedingungen und zeigte theils schwache Vermehrung, theils Abnahme. Das Wasser muss also auch bei bloser Untersuchung auf Colibakterien unmittelbar nach der Entnahme untersucht, bez., wenn es von einem entfernten Orte kommt, in Eis transportirt werden.

[Da es feststeht, dass der Nachweis von Bact. coli im Wasser bei der Ubiquität dieser Keimart einen Beweis für die Verunreinigung eines Wassers nicht erbringt, so sind die vorliegenden Versuche v. Fr.'s ziemlich werthlos. Zur Erklärung der gefundenen Thatsachen beruft sich v. Fr. auf Wahrscheinlichkeiten, die doch leicht experimentell hätten ergründet werden können.]

Ficker (Leipzig).

186. **Ueber die hygienische Bedeutung des Protozoenbefundes im Wasser**; von Dr. M. Neisser. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 475. 1896.)

Auf Veranlassung von Flügge stellte N. über die hygieinische Bedeutung des Protozoenbefundes im Wasser Untersuchungen an, soweit sich solche mit der in den ersten Stadien befindlichen Methodik ausführen lassen. N. findet, dass der Protozoenbefund eine Bestätigung der chemischen Analyse nicht zu sein braucht, denn Brunnenwässer, die reich an chemisch nachweisbaren Stoffen waren, enthielten gleichwohl wenig Protozoen, umgekehrt zeigten „relativ gute“ Brunnen einen ansehnlichen Protozoengehalt. Aber auch einen Schluss auf die Natur eines Zuflusses in einen Brunnen lässt der Befund von Protozoen nicht zu, da diese gar nicht etwa hauptsächlich in Fäkalien, Jauche u. dergl. vorkommen, sondern von hygieinisch gänzlich

bedeutungslosen Objekten, wie Gräsern, Kraut, Wurzeln u. s. w., in ganz anderen Mengen zu züchten sind. Erwähnt sei noch, dass N. bei seinen Protozoenuntersuchungen ein *steriles* Arbeiten für nöthig fand, was bisher nur von einigen wenigen Forschern, die sich mit Wasserprotozoen beschäftigten, beachtet wurde. Ficker (Leipzig).

187. **Betrachtungen zur Frage der Abwasserreinigung**; von Gustav Grether. (Arch. f. Hyg. XXVII. 3. p. 189. 1896.)

G. berichtet zunächst über 2 mit dem Berliner Kanalwasser angestellte Versuche betr. die Wirksamkeit der einfachen Sedimentirung und kommt dabei zu dem bereits bekannten Ergebniss, dass die suspendirten Stoffe in ausgiebiger Weise beseitigt werden, während die Bakterienanzahl nur eine geringe Abnahme zeigt. Die weiteren Versuche Gr.'s wollen die Frage entscheiden, ob eine einfache Sedimentirung ein Kanalwasser für die spätere Behandlung mit Kalk geeigneter mache. Gr. kann in der vorhergehenden Sedimentirung einen Vortheil nicht finden. Anders verhält es sich bei einem fraktionirten Kalkzusatz; auf diese Weise lässt sich die desinficirende Wirkung des Kalkes steigern, indem auch der Niederschlag relativ wenige Keime enthält. Auch schon ein kleiner Zusatz von Kalk bewirkt verzögertes Wachsthum der Mikroorganismen. Zum Schlusse beschreibt Gr. noch mehrere gegenüber der Einwirkung des Kalkes sich als besonders resistent erweisende Bakterienarten. Ficker (Leipzig).

188. **Eine Enteisenungsmethode für Röhrenbrunnen und fertige Kesselbrunnen**; von Dr. A. Lübbert. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 398. 1896.)

L., der schon früher eine Enteisenungsmethode mittels Aetzkalkes für Kesselbrunnen veröffentlichte, ermittelte des Weiteren, dass sich das Verfahren auch für Rohrbrunnen, bez. für bereits bestehende Kesselbrunnen verwenden lässt. Er empfiehlt schliesslich, den Aetzkalk durch dreibasisch phosphorsauren Kalk zu ersetzen, der in Folge seiner Harmlosigkeit und Billigkeit dazu geeignet sei, in der Praxis verwendet zu werden.
Ficker (Leipzig).

189. **Die Grundwasserbrunnen der Stadt Breslau**; von F. Harazim. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 401. 1896.)

Nachdem es sich herausgestellt hat, dass auch filtrirte Flusswässer einen absoluten Schutz gegen Infektionen nicht bieten, und dass fernerhin eine Wasserversorgung mittels Flusswassers ganz erhebliche Nachtheile mit sich bringt (hohe Temperatur des Wassers, Mangel an Schmackhaftigkeit u. s. f.), erwacht allerorten wieder die Sehnsucht nach Grundwasser. Auf Veranlassung von Flügge wurden in den letzten 4 Jahren im hygieinischen Institute zu Breslau genaue Beobachtungen über die Grundwasserbrunnen von Breslau ausgeführt. Was den *Keimgehalt des Grundwassers* anlangt, so berichtet H., dass es in allen Stadttheilen *keimfrei* war, sofern die Proben einwandfrei entnommen wurden (Abyssinierbrunnenbohrung nach Fränkel). Eine Infektionsgefahr durch das Breslauer Grundwasser ist somit nur dann vorhanden, wenn an der Entnahmestelle oberflächliche Zuflüsse hineingelangen. Des Weiteren untersuchte H. die Frage, ob die vorhandenen Grundwasserbrunnen ein brauchbares, appetitliches Wasser liefern. Da die chemische Untersuchung keine, die bakteriologische nur geringe Aufklärung über die Infektiongefahr giebt und nach unseren heutigen Anschauungen das beste Mittel, ein Wasser zu beurtheilen, die *Inspektion* der Entnahmestelle ist, so wurde bei den vorliegenden Erhebungen namentlich diese berücksichtigt, daneben wurden zur Ergänzung des durch die Inspektion gewonnenen Urtheils die chemische Analyse und die Bakterienzählung in Anwendung gebracht. Von den 280 untersuchten Brunnen waren 25 in der Anlage tadellos, 102 bedürfen der Controle, 99 sind erst nach Beseitigung der bei der Inspektion gefundenen Schäden zulässig, 54 sind unzulässig oder erst nach umfassenden Aenderungen brauchbar. Wenn man auf Grund sinnfälliger Abnormitäten oder wegen abnormer chemischer Beschaffenheit aus der I. Gruppe 13, aus der II. 51 und aus der III. 59 ausscheidet, so bleiben 103 theils bedingungslos, theils bedingt zulässige Brunnen. Da zur Zeit auf Grund der chemischen Untersuchung und der Grenzzahlen, die früher den Infektionverdacht eines Brunnens bestimmen sollten, viele dieser zulässigen Brunnen die Aufschrift „kein Trinkwasser“ tragen, so ist mit Hinblick auf die Mängel des filtrirten Oderwassers die Freigebung dieser Brunnen zu wünschen. Andererseits wäre zu erstreben, dass mehrere Brunnen, die stark benutzt werden und entschieden als infektionsverdächtig anzusehen sind, regelmässig inspicirt werden. Schliesslich beantwortet H. noch die Frage, an welchen Stellen der Stadt eventuell noch weitere brauchbare Grundwasserbrunnen angelegt werden könnten. Ficker (Leipzig).

190. **Ueber die Beziehungen zwischen Flusswasser und Grundwasser in Breslau, nebst kritischen Bemerkungen über die Leistungsfähigkeit der chemischen Trinkwasseranalyse**; von Prof. C. Flügge. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 445. 1896.)

Bekanntlich ist es neben Hueppe und Gärtner, vor Allem Flügge, der auf die Wichtigkeit der sachverständigen *Lokalinspektion* bei der Beurtheilung der Brunnenwässer mit Nachdruck hingewiesen hat, damit zugleich die früher gebräuchliche Art und Weise der Beurtheilung verwirft und sie aus den Händen von Apothekern und Chemikern in die des geschulten Hygieinikers gelegt wissen

will. In der vorliegenden Arbeit bringt Fl. weitere Beweise aus der Praxis für die Unhaltbarkeit der bisher geübten Begutachtung. Die von Harazim mitgetheilten Untersuchungsergebnisse von 280 Breslauer Brunnen bilden das Material für seine Ausführungen. Er vergleicht zunächst die *Resultate der Inspektion* mit denen der *chemischen Untersuchung* und findet, dass sich da *ganz bedeutende Disharmonien* ergeben, so zeigt unter den nach der Inspektion dauernd oder zeitweise *unverdächtigen* 127 Brunnen die *Hälfte abnorme chemische Verunreinigung*, andererseits führt unter den *verdächtigen oder ganz zu verwerfenden Anlagen etwa* $^1/_3$ *ein chemisch nicht abnorm verunreinigtes Wasser*. Ganz besonders grell aber treten diese Gegensätze der Resultate der beiden Beurtheilungen bei der Zusammenstellung von 17 ausgewählten Brunnen hervor. Um dem Einwand zu begegnen, dass vielleicht die Inspektion fehlerhafte Resultate gäbe, beleuchtet Fl. die chemischen Werthe näher und entwickelt *die auf die chemische Verunreinigung wirkenden Momente*. Ausser den bei der Zusammensetzung eines jeden Grundwassers sich geltend machenden Faktoren (*Bodenverhältnisse, Tieflage der Brunnensohle, Intensität der Benutzung, Jahreszeiteinflüsse, Regenmengen* u. s. f.) kommen für Breslau speciell noch in Betracht die *Kanalisation* und der Zutritt von *Flusswasser* zum Grundwasser.

Was den *Einfluss der Kanalisation* auf die Grundwasserbeschaffenheit in Breslau anlangt, so kommt Fl. zu dem überraschenden Ergebnisse, dass eine Bodenreinigung nach Durchführung der Schwemmkanalisation bisher nicht eingetreten ist, dass sogar in vielen Fällen eine Zunahme der Verunreinigung bis in die neueste Zeit sich zeigt. Das beweist auf's Deutlichste, dass wir die Verminderung parasitärer Krankheiten nach Einführung der Schwemmkanalisation „*nicht* durch Vermittelung der geringen Verunreinigungen des Bodens und überhaupt nicht durch Bodeneinflüsse zu erklären haben, sondern ganz vorzugsweise durch die bessere Fortschaffung der specifischen Parasiten aus Krankenstuben, Häusern, Höfen und Strassen".

Die *Differenzen in der chemischen Beschaffenheit* des Breslauer Grundwassers (beispielsweise die auffallende Reinheit der mitten in der altbebauten Stadt zu beiden Seiten der Oder gelegenen Brunnen) erklären sich auf's Leichteste durch den *Uebertritt von Oderwasser in das Grundwasser*, der sich schlagend durch die Ermittelung des Kalkgehaltes des Oderwassers verglichen mit dem der fern- und zunächstgelegenen Brunnen, sowie durch das Constatiren des plötzlichen Herabsinkens der löslichen Stoffe in den dicht an der Oder gelegenen Brunnenwässer bei Hochwasser beweisen lässt.

Fl. kritisirt dann noch auf Grund seiner Erhebungen und langjährigen Erfahrungen die *Bedeutung der chemischen Trinkwasseranalyse*, die, abgesehen von seltenen Fällen, nichts Brauchbares liefere, sondern oft genug noch Falsches vorspiegele „indem sie zu der Annahme verleitet, dass Brunnen mit niedrigen Werthen gute, infektionssichere Anlagen seien und umgekehrt". Schliesslich verweilt Fl. länger bei der Beurtheilung der *Unappetitlichkeit*, die die chemische Analyse nachzuweisen sich bemüht, wo wir doch durch die grobsinnliche Prüfung die wirkliche Unappetitlichkeit am leichtesten festzustellen vermögen. Wir geniessen ja auch rohe Früchte, Radieschen, Salat u. s. f., denen mikroskopisch und mikrochemisch nachweisbare Düngerreste anhaften, und athmen oft genug eine Luft ein, der Pferdedünger u. s. f. beigemengt ist, erst wenn die Verunreinigung sinnfällig wird, nehmen wir daran Anstoss. Daher ist die Unappetitlichkeit auf Grund des chemischen Befundes „geradezu künstlich construirt. Nur zuweilen kann ein abnorm hoher Gehalt des Wassers an gelösten Verunreinigungen als ein warnendes Zeichen, das auf die Gefahr einer baldigen sinnfälligen Unappetitlichkeit hinweist, betrachtet werden". Wenn die chemische Untersuchung uns auch über die Natur und Herkunft des Wassers eine Reihe von Aufschlüssen geben kann, so ist sie doch für die *hygieinische* Beurtheilung in der grossen Mehrzahl der Fälle von ganz untergeordneter Bedeutung.

Ficker (Leipzig).

191. Ueber die Beschaffenheit des an Bord von Seedampfschiffen dargestellten destillirten Wassers; von Dr. F. Lüdtke. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 499. 1896.)

Auf Grund von Versuchen stellt L. fest, dass das von Meereswasser erhaltene Destillat nicht die geringste Verschiedenheit von dem aus Süsswasser hergestellten zeigt. Was die Condensir-Apparate anlangt, so liefern die an den Evaporator angeschlossenen, aus verzinntem Kupferblech hergestellten das beste Destillat. Wenn ein Apparat längere Zeit ausser Thätigkeit gewesen ist, so ist das Destillat der ersten Viertelstunde unbrauchbar (hoher Keimgehalt, hohe chemische Werthe). Der an und für sich fade Geschmack des destillirten Wassers kann durch Zusatz von wenig CO_2 bedeutend verbessert werden. Zur Controle des Apparates genügt die Kochsalzprobe mittels salpetersäurehaltiger Silbernitratlösung. Neben der hygieinischen Bedeutung eines Destillirapparates an Bord, der den Schiffer von dem Süsswassertank unabhängig macht, bietet er auch pekuniäre Vortheile, da in sehr vielen Häfen die Süsswassereinnahme mit hohen Kosten verknüpft ist.

Ficker (Leipzig).

B. Originalabhandlungen

und

Uebersichten.

I. Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten.[1])

Von Konrad Alt in Uchtspringe.

I. Allgemeines.

1) Alt, Konrad, u. K. E. F. Schmidt, Taschenbuch der Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. Halle a. S. 1893. Wilhelm Knapp. 8. 128 S. mit 60 Abbildungen u. 1 Tafel. (Geb. 3 Mk.)

2) Buschan, G., Der gegenwärtige Standpunkt der Elektrotherapie; ihre Wirkung u. ihr Werth in der Nervenheilkunde. Therap. Monatsh. Nr. 1—3. 1895.

3) Hirt, L., Lehrb. d. Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. Stuttgart 1893. Ferd. Enke. Gr. 8. 224 S. mit 87 Abbild. (Broch. 7 Mk.)

4) Hoorweg, J. L., Die medicin. Elektrotechnik u. ihre physikal. Grundlagen. Leipzig 1893. Wilhelm Engelmann. 8. 142 S. mit 77 Figuren im Text.

[Dem Mediciner werden etwas reichlich viel Mathematik und Formeln geboten; die physikalischen Grundlagen der medicinischen Elektricitätslehre sind gründlich und klar entwickelt.]

5) Lecarcle, E., Traité élémentaire d'électricité médicale. Ed. 2. Paris. 8. Part. I avec 215 figg., part. II avec 3 pls. et 52 figg.

Lumbroso, Giacomo, vergl. Pignero.

6) Pierson, Lehrbuch der Elektrotherapie. 6. Auflage bearbeitet von *A. Sperling*. Leipzig 1893. Ambr. Abel. 8. 420 S. mit 89 Abbild. (Geb. 6 Mk. 75 Pf.)

7) Pignero, G., Sull' azione terapeutica della elettricità. Sperimentale Nr. 24. 1894.

[Tritt sehr für die Eigenwirkung der Elektricität ein, ohne indess durch objektive Beweisführung einen kritischen Leser davon zu überzeugen, dass in den von P. angeführten Fällen Suggestivwirkung ausgeschlossen ist. Der einzige einer besonderen Betrachtung werthe Fall wird an anderer Stelle des Referates besprochen werden.]

8) Remak, E., Ueber die antiparalytische Wirkung der Elektrotherapie bei Drucklähmungen des N. radialis. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IV. p. 377. 1893.

9) Remak, Ernst, Grundriss der Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. Wien u. Leipzig 1895. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 196 S. mit 19 Holzschnitten. (Geb. 4 Mk.)

[Stellt eine erweiterte Ausarbeitung der entsprechenden Original-Artikel in Eulenburg's Real-Encyklopädie dar und ist, wie diese, besonders durch reichhaltige Literaturangabe ausgezeichnet. Der Vf. will einen vermittelnden Standpunkt zwischen „überzeugten Enthusiasten" und „kritischen Pessimisten" einnehmen und sich den „abwägenden Skeptikern" anschliessen. R.'s Wage schlägt etwas nach rechts aus.]

10) Rieger, Conrad, Grundriss der medicinischen Elektricitätslehre. 3. Aufl. Jena 1893. Gustav Fischer. Gr. 8. 63 S. mit 24 Figuren. (Geb. 2 Mk. 50 Pf.)

[Enthält gegenüber der 2. Auflage nur ganz kleine Abänderungen und so gut wie keine Zusätze.]

11) Wertheim Salomonson, Over de therapeutische waarde van de electriciteit. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. 15. 1893.

12) Scheiber, S. H., Ueber das Verhältniss der Elektrotherapie zur Suggestionstherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 19. 21. 22. 1894.

[S. sucht durch eine Reihe von Krankengeschichten, die von einer geradezu bewunderungswerthen Leichtgläubigkeit zeugen, den *direkten* Heilwerth der Elektricität zu beweisen. Von ihm können die Positivisten sagen: „Herr bewahre uns vor unseren Freunden." Sch. ist aber jedenfalls, um mit Onkel Bräsig zu reden, in der „Fixigkeit" allen Anderen über. Hier nur ein Beispiel: Sch. nahm eine, und zwar ziemlich kurze, elektrodiagnostische Untersuchung mit beiderlei Strom bei einem an beginnender „Pseudohypertrophia" und „Muskelparesen" leidenden Manne vor. „Und siehe da, kaum dass der Kr. vom Sessel aufstand, sagte er zu meiner eigenen und seiner Ueberraschung, dass er sich schon durch das Elektrisiren leichter fühle" u. s. w. In diesem Falle kann Sch. „durchaus nicht die Wirkung der Suggestion erblicken", da der Kr. „selbst noch keine heilende Wirkung vom Elektrisiren erwartete". Habeat sibi!]

13) Sperling, Arthur, Die therapeutische Bedeutung der minimalen galvanischen Ströme. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 18. 19. 1894.

14) Trouvé, G., Manuel d'électrologie médicale avec 273 figg. dans le texte. Paris 1893.

15) Turner, D., A manual of practical medical electricity. London 1893. 8.

16) Windscheid, Franz, Die Anwendung der Elektricität in der medicinischen Praxis. Leipzig 1893. C. G. Naumann. Kl. 8. 176 S. mit 79 Figuren u. 3 Tafeln. (Geb. 1 Mk. 50 Pf.)

In einer „möglichst objektiv gehaltenen" zusammenfassenden Darstellung über den gegenwärtigen Standpunkt der Elektrotherapie lässt sich G. Buschan (2) folgendermaassen aus: „Wer über den Werth der Elektricität in der Medicin ein Urtheil abgeben will, der muss Zeit und Musse haben, um sich mit diesem Zweig speciell beschäftigen zu können. Aus dem Material der Universitätspolikliniken hinaus läset sich nun und nimmer ein Urtheil abgeben. Man stelle sich vor, in welcher Weise dort Elektrotherapie getrieben wird, und man wird mir beistimmen, dass man auf diese Resultate kein Gewicht legen kann. Erstens geschieht die Behandlung en bloc; von einem Individualisiren kann dabei nicht die Rede sein. Ueberdies wird die Ausführung den Famuli und jüngsten Assistenten überlassen. Nur aus der Privatpraxis heraus kann man zu einem Urtheil über den Werth der Elektricität gelangen. Schon aus diesem Grunde müssen die peinlichsten Beobachtungen und sachgemässen Ausführungen eines

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXXXVII. p. 65.

C. W. Müller und A. Sperling mehr Anrecht auf Wahrscheinlichkeit besitzen, als die allgemein gehaltenen Auslassungen von Möbius."

Mir ist nicht klar geworden, was die also geschmähten Universitätspolikliniken für eine Schuld an den *„ketzerischen"* Ideen von Möbius, der, nebenbei bemerkt, mitten in der Praxis steht, haben sollen. Der Vorwurf gegen die Universitätspolikliniken ist in dieser Allgemeinheit sehr ungerecht, sonst müsste man den Herrn Minister zum Einschreiten veranlassen. Ich hatte das Glück, Jahre lang an einer der bekanntesten Universitäts-Nervenpolikliniken, die in Bezug auf Exaktheit der Beobachtung und Sorgfalt der Behandlung [nebenbei bemerkt wurde ausnahmelos mit Galvanometer und Rheostat gearbeitet] keinerlei Vergleich zu scheuen braucht, Erfahrungen über die Heilwirkung der Elektricität zu sammeln. Während dieser Zeit sowohl, als auch später in einer ausgedehnten Privatpraxis, die fast ausschliesslich aus Angehörigen der besseren Kreise bestand, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die *Persönlichkeit* des behandelnden Arztes in weitaus den meisten Fällen den *ausschlaggebenden Faktor* bei der Erzielung günstiger *Heilerfolge,* wie überhaupt, so besonders bei einer elektrischen Kur abgiebt. Die Buschan'schen Auslassungen habe ich um deswillen so ausführlich wiedergegeben, weil sie einen interessanten Einzelbeitrag für die Eigenartigkeit der in dieser Frage beliebten Beweisführung darstellen.

Es ist überhaupt leider noch nicht allseitig die zu einer erspriesslichen Bearbeitung des Stoffes unumgänglich erforderliche Gemüthsruhe eingetreten. Wohl mit aus diesem Grunde sind unsere Kenntnisse über den Heilwerth und vor Allem die Wirkungsweise der Elektricität seit dem Erscheinen des letzten Sammelberichts nicht wesentlich, weder nach der positiven, noch nach der negativen Seite hin, gefördert worden, trotzdem dass die Literatur ganz erheblich angewachsen ist, obwohl von den *Positivisten* die *Zweifel* von Möbius, Schultze, Bruns, Rosenbach u. A. als *nichtig* bezeichnet werden.

A. Sperling (6) spricht sogar von „jenen falschen Aposteln", die mit Vornehmthuerei den therapeutischen Nihilismus ausposaunen und selber therapeutischen Hocuspocus treiben, „die selber nur zu gut wissen, dass sie ihre Unwissenheit und Unfähigkeit mit dem Mantel des therapeutischen Skepticismus und Nihilismus verhüllen. Jene Anführer im Missbrauche dieses Modewortes (Suggestion) kennen weder die Elektricität, noch die Suggestion — das ist das Charakteristische an ihnen". Wäre diese Auslassung halb so überzeugend wie massiv, dann freilich könnten sich die damit Gemeinten als „erschlagen" betrachten. Vor der Hand hat das aber noch gute Wege, ja Möbius und die Anderen sind nach wie vor empfänglich und dankbar für jede beweiskräftige Belehrung.

Die neu erschienenen Unterrichtsbücher deutscher Autoren: Hirt, Remak, Windscheid, vertreten durchweg eine wohlthuend *gemässigte* Auffassung. Sie betonen einerseits die *Nothwendigkeit* einer bisher noch nicht erbrachten *exakten Beweisführung* über Wirklichkeit und Wesenheit einer *specifischen elektrischen Heilwirkung, erkennen* vollkommen die enorme Bedeutung der *Suggestion* bei dem Zustandekommen der Resultate an, ermahnen aber dringend, nicht vorschnell zu urtheilen, und warnen davor, wie man zu sagen pflegt, „das Kind mit dem Bade auszuschütten". Sie sprechen es frei aus, *dass die Elektricität einer der wirksamsten Vermittler der Suggestion sei, glauben* aber gleichwohl an *elektrische Eigenwirkung* in manchen Fällen. Diese letztere kann aber zum Wohle der Kranken nur dienstbar gemacht werden von einem Arzte, der die Methodik der Elektrotherapie beherrscht. Recht kräftig drückt dies Hirt in folgenden Worten aus: „Dass zwischen Elektrisiren und Elektrisiren derselbe Unterschied vorhanden sein kann, wie etwa zwischen Violinspielen und Violinspielen, dass es, um das letztere zu können, nicht ausreicht, sich eine Violine zu kaufen, dass man das Spielen vielmehr erst erlernen muss, dass mutatis mutandis, dieselben Verhältnisse bezüglich des Elektrisirens bestehen, daran denken bei Weitem nicht Alle, vielleicht sogar nur die Wenigsten, und diesem Umstande ist es sicher mit zuzuschreiben, wenn die Erfolge oft genug himmelweit hinter den Erwartungen zurückbleiben."

Einen ähnlichen Standpunkt nimmt auch das kleine Taschenbuch des *Referenten* (1) ein.

Die Werke von Hoorweg und Rieger lassen sich auf die Tagesdiskussion nicht weiter ein.

Sperling ist *noch positiver* geworden und hat in der neuen Auflage durch eine grössere Anzahl von Krankengeschichten (theils eigener, theils fremder Beobachtung) den Beweis für die Allheilwirkung seiner *minimalen* Stromdosen zu erbringen und gleichzeitig Möbius den Garaus zu machen versucht.

Es sind überhaupt Möbius in dieser Frage so viel von ihm nie aufgestellte Behauptungen unterschoben worden, dass es angebracht, ja nöthig erscheint, hier noch einmal sein kurz zusammengefasstes Glaubensbekenntniss mit seinen eigenen Worten wiederzugeben: „Meine Meinung war und ist kurz diese: Die Lehren der Elektrotherapie bedürfen des Beweises. Man kann gegen sie einwerfen, dass das scheinbare propter hoc in Wirklichkeit ein post hoc sei, und dieser Einwurf ist in vielen Fällen schwer zu widerlegen. Aber es bleibt ein Rest und dieser Rest giebt der Elektrotherapie die Kraft zu leben: Vorkommnisse, bei denen verständiger Weise an einem causalen Zusammenhange nicht zu zweifeln ist. Betrachtet man diese Thatsachen der Elektrotherapie genauer, so findet man, dass sie den Leistungen der Suggestion gleichen, dass die Suggestion dasselbe leisten

kann, nachweisbar geleistet hat. Es ist daher möglich, dass es sich bei der Elektrotherapie auch um Suggestion handele. Die Möglichkeit wird durch den Mangel eines gesetzmässigen Zusammenhanges zwischen bestimmten elektrischen Einwirkungen und bestimmten Erfolgen zu einer mehr oder minder grossen Wahrscheinlichkeit. Einen Beweis, dass es sich bei den elektrischen Kuren weder um ein Ergebniss des natürlichen Verlaufes, noch um Suggestion handele, habe ich nicht finden können. Andererseits ist es nicht bewiesen, dass es keinen Weg gebe zwischen der Scylla des post hoc und der Charybdis der Suggestion, und die Möglichkeit einer physischen Heilwirkung der Elektricität ist nicht zu leugnen. Es bleibt daher bis auf Weiteres bei dem non liquet."

Nach Abzug der Fälle, in denen die nach Einleitung der elektrischen Behandlung aufgetretene Besserung als *natürlicher* Krankheitsverlauf und *nicht* als *Folge der Behandlung* aufzufassen ist, bleibt immerhin noch ein grosser Rest von Fällen, in denen ein vorurtheilloser Beobachter gar nicht verkennen kann, dass *zwischen der elektrischen Behandlung und der Wendung zum Besseren ein ursächliches Verhältniss besteht.*

Es ist dabei zunächst unentschieden, ob die Wirkung auf *physischem* oder *psychischem* Wege erzielt wurde. Dass durch beabsichtigtes, aber auch durch *unabsichtliches* Einwirken auf die Vorstellungsthätigkeit eines Leidenden subjektive und auch mancherlei objektive Krankheitsymptome gemildert, selbst zum Schwinden gebracht werden können, ist allzu bekannt, um hier noch weiter erörtert zu werden. Manche freilich kleben noch immer an der Vorstellung, dass nur beabsichtigte Suggestion helfe. Es mag daher gestattet sein, eine hierher gehörige eigene Beobachtung kurz mitzutheilen.

In den Jahren 1888—89 habe ich in der Klinik Hitzig's fast täglich eine bis mehrere Stunden darauf verwendet, Pulscurven bei Geisteskranken aufzunehmen. Vergleichsweise wurden auch die Nervenkranken sphygmographirt. Dank der Handlichkeit des von Riegel modificirten Marey'schen Apparates gelang es so ziemlich, von allen Kranken, selbst solchen, die sich aus Bequemlichkeit oder anderen Gründen dagegen sträubten, gute Pulscurven zu gewinnen. Nach einiger Zeit stellte sich heraus, dass *viele Kranke durch diesen an und für sich gewiss indifferenten und von mir durchaus nicht therapeutisch gemeinten Eingriff in günstiger Weise beeinflusst wurden. Schmerzen* mancherlei Art, *Schlaflosigkeit, Stuhlträgheit, selbst motorische Neurosen besserten sich zusehends.*

Gar oft ereignete es sich, dass ich von Kranken, die ursprünglich widerstrebt hatten, beim Durchgehen durch die Abtheilung angerufen wurde: „Herr Doktor, werde ich denn heute nicht maschint?"

Ihr *Glaube* hatte ihnen geholfen, der *Erfolg* war *bedingt* durch *unbeabsichtigte Suggestion.*

Es ist übrigens *gar nicht* einmal unumgänglich nöthig, dass *der Leidende* von vornherein *die Vorstellung* und Zuversicht hat, es *werde ihm* durch eine bestimmte Kur *geholfen.* Die *Furcht* vor einem Eingriffe, das innere Widerstreben gegen die Vornahme einer Procedur *leistet* mitunter *dasselbe, was* für gewöhnlich nur *hoffnungsfreudige Erwartung* zu Stande bringt. Diese Thatsache scheint den Positivisten gar nicht bekannt zu sein, denn hierher gehörige Beispiele werden immer und immer wieder *contra* Möbius verwerthet zum Beweise für die specifische Wirkung der Elektrotherapie. Wiederholt habe ich bei jugendlichen Individuen, die wegen Kopfschmerzen, Supraorbitalneuralgien u. dgl. mir gegen ihren eigenen Willen auf Wunsch der Angehörigen zugeführt wurden, die Elektroden an die entsprechenden Stellen aufgesetzt, die Curbel des Rheostaten langsam weitergeschoben, von Einschaltung der Elemente aber Abstand genommen, weil bei der Unruhe unliebsame Stromschwankungen unvermeidlich gewesen wären. Gleichwohl war häufig unmittelbar oder kurz nach beendeter Sitzung der Schmerz verschwunden. Für Den, der sich derlei alltäglich zu beobachtenden Thatsachen gegenüber nicht verschliesst, liegt es nahe, auch die Heilerfolge der Elektricität, bei der ja das *„Wie"* des Heilvorganges weder experimentell, noch klinisch-pathologisch, ja nicht einmal theoretisch verständlich gemacht ist, unter dem Gesichtspunkte der Suggestion zu betrachten. Es kann keinem verständigen Menschen zugemuthet werden, in den Fällen an eine Eigenwirkung der Elektricität zu glauben, in denen er ganz dasselbe mit einer beliebigen anderen Methode auf dem Umwege der Psyche erreicht. Dies trifft für eine sehr grosse Gruppe von Erkrankungen, die vorwiegend als Objekt der Elektricität aufgefasst worden sind und noch werden, zu; Möbius schätzt ihre Zahl auf $^4/_5$ aller Fälle und Viele (darunter auch ich) werden ihm darin rückhaltlos beistimmen. Damit ist freilich noch keineswegs gesagt, dass man auf einem anderen Umwege eben so schnell und bequem das Gewollte erreicht, damit ist die therapeutische Verwerthbarkeit der Elektricität selbst in diesen Fällen durchaus nicht bestritten.

Die *elektrische Behandlung* bietet in diesem Sinne sogar Vortheile, die schwer zu ersetzen wären, sie ist als *Mittel der Suggestion vortrefflich.* „Wer die gesammte Elektrotherapie an den Nagel hängen wollte, der würde sich", wie Hirt trefflich bemerkt, „zum mindesten einer tadelnswerthen, man möchte sagen, kindlichen Uebereilung schuldig machen".

Das Gesagte gilt in erster Linie und vorwiegend in Beziehung auf die Behandlung der Neuralgien. Es kann kaum Jemand mehr als ich von der schmerzlindernden Wirkung einer elektrischen Behandlung vieler Neuralgien überzeugt sein und ich wüsste kein anderes Heilmittel, was an Einfachheit und Unschädlichkeit der Applikation und Promptheit der Wirkung als annähernd gleichwerthig erachtet werden könnte. Damit ist aber doch noch nicht entschieden, ob es sich mehr um eine physisch angeregte Suggestivwirkung, als um eine specifisch physische Aenderung handelt. Ja,

es ist wohl kaum in irgend einem Einzelfalle möglich, die Suggestivwirkung mit Bestimmtheit ganz auszuschliessen. Aus diesem Grunde dürften die Erfolge bei Neuralgien nicht geeignet sein, zum Beweise für das Vorhandensein einer specifischen elektrischen Heilwirkung herangezogen zu werden. Weit mehr empfiehlt es sich, wie auch Bruns bei der Frankfurter Versammlung betonte, zu diesem Zwecke solche Beobachtungen mitzutheilen, in denen eine peripherische Lähmung „nach Ablauf der für die Möglichkeit einer Spontanheilung im günstigsten Falle zu concedirenden Zeit noch ohne Andeutung einer Besserung bestand, bei denen bis dahin eine elektrische Behandlung nicht vorgenommen war und bei denen die jetzt eingeleitete Elektrotherapie eine baldige und deutliche Besserung der Lähmung hervorrief". Diese Forderung haben neuerdings einige Autoren zu erfüllen gesucht.

So berichtet Pignero (l. c.) aus dem Lumbroso'schen Institute in Florenz von einem Mädchen, das im 3. Lebensjahre durch einen Fall eine complete Lähmung des rechten Facialis erlitten hatte und erst 10 Jahre nach dem Trauma zur Consultation kam; es handelte sich um eine peripherische Lähmung sämmtlicher Aeste, ausgehend von einer Läsion ausserhalb des Foramen stylomastoideum. Mehr aus diagnostischem Interesse, als in der Hoffnung auf therapeutischen Erfolg wendete P. in einigen Sitzungen den galvanischen Strom an. Schon nach den ersten Sitzungen wurde eine Besserung bemerkt und nach wenigen Monaten erhielt P. ein Resultat, das Jedermann bewunderte.

Die in Aussicht gestellte ausführliche Publikation, spec. Notizen über die elektrische Reaktion der Nerven und Muskeln ist mir leider bis jetzt noch nicht bekannt geworden.

Wertheim Salomonson beobachtete eine 28jähr. Kr. mit einer vor 17 J. nach einer Halsdrüsenerkrankung entstandenen linkseitigen Facialisparalyse, die ausser den typischen Lähmungserscheinungen links fast völlige Aufhebung der Reflexe, herabgesetzte direkte und indirekte faradische und galvanische Erregbarkeit des Levator und Quadratus menti erkennen liess, während die anderen von dem linken Facialis innervirten Muskel überhaupt nicht erregbar waren. 5 Monate nach einer auf eindringliches Verlangen der Pat. eingeleiteten Kur (wöchentlich 2mal Kathodenapplikation, 5 M.-A., am Warzenfortsatze) contrahirten sich einzelne Muskelbündel des Frontalis bei 7 M.-A., nach 6 Mon. bei 6.5 M.-A., nach einiger Zeit weiter contrahirten sich noch andere Muskel.

Ich selber habe, wie ich dies bereits in dem erwähnten Taschenbuche mitgetheilt habe, im Sept. 1889 gelegentlich der Abhaltung eines Feriencursus für praktische Aerzte den Diener eines Halleschen Corps, der seit 3 Jahren an einer completen linkseitigen Facialislähmung litt, an die sich eine starke Conjunctivitis mit Ektropiumbildung angeschlossen hatte, von der königl. Augenpoliklinik erbeten, um eben einen unheilbaren Fall demonstriren zu können. Es stellte sich aber gelegentlich der klinischen Vorstellung heraus, dass noch eine Spur indirekter und eine ganz geringe direkte Erregbarkeit gegenüber beiden Stromesarten vorhanden war, weshalb die Prognose nicht gerade als absolut infaust gestellt wurde. Schon nach wenigen Tagen besserte sich die Erregbarkeit zusehends, die Spontanbeweglichkeit stellte sich wieder etwas ein und 6 Wochen nach Beginn der elektrischen Behandlung war die Lähmung bis auf Spuren verschwunden.

Es wäre zu wünschen, dass noch weitere derartige Beobachtungen mit möglichst vollständigen Krankengeschichten mitgetheilt würden; auf diese Weise käme man doch wohl (wenn auch nur schrittweise) allmählich weiter auf dem Wege der Erkenntniss in diesem eben so dunklen, wie erforschungswerthen Gebiete.

Der einzige ernsthafte Versuch, die antiparalytische Wirkung der Elektricität darzuthun, ist die Arbeit E. Remak's (8). Wir verweisen auf das Studium dieser sehr interessanten Abhandlung. R. vertritt die Ansicht, dass die stabile Einwirkung der etwa 5 cm im Durchmesser grossen Kathode auf die nach oben und aussen von der gewöhnlichen Reizstelle des N. radialis am Oberarme gelegene Druckstelle bei den Drucklähmungen des N. radialis sowohl augenblickliche Verminderung der Lähmung bewirke, als die Dauer der Lähmung abkürze. Die nützliche Stromstärke wird empirisch durch Einschleichen festgestellt, indem man während der Applikation dem Patienten aufgiebt, die Hand zu strecken, wobei er dann bei Einführung der passenden Stromstärke alsbald eine subjektive Erleichterung der Bewegung fühlt, nach und nach immer höher die Hand hebt und immer besser die Finger streckt. Die Sitzung soll nur einige Minuten dauern. Die Stelle der Anode ist gleichgültig. Nach Eintritt der Besserung können auch labile Einwirkungen angewendet werden. R. theilt 63 Krankengeschichten mit, durch die er besonders den augenblicklichen Erfolg der stabilen Galvanisation der Druckstelle darthun will. Er vermisste nämlich den augenblicklichen Erfolg nur 9mal. In diesen 9 Fällen, in denen meist qualitative Aenderungen der Reaktion bestanden, betrug die Dauer der Behandlung durchschnittlich 28 Tage, die Dauer der Lähmung 37.5 Tage. In 35 Fällen absoluter Lähmung traten die ersten aktiven Bewegungen unter der stabilen Behandlung auf, während bei 19 nicht ganz vollständigen Lähmungen die Exkursion der noch oder schon wieder spurweise möglichen Bewegungen sichtbar zunahm. Bei 29 bis zur Heilung beobachteten Kranken, bei denen stabile Galvanisation unmittelbaren Erfolg hatte, dauerte die Behandlung 3—32, durchschnittlich 11.5 Tage, die Lähmung 4—73, durchschnittlich 17 Tage. R. hält es nach seinen Zahlen für sicher, dass durch die stabile Galvanisation auch die Heilung beschleunigt werde. Wegen vielfacher Einzelheiten sei nochmals auf das Original verwiesen.

Beobachtungen aus der 2. Gruppe von Fällen, die nach Bruns und Möbius ebenfalls als beweiskräftig herangezogen werden könnten, wenn nämlich bei doppelseitiger, gleichartiger Lähmung die elektrisch behandelte Seite rascher heilte als die andere, sind nicht veröffentlicht worden.

Ebenso ist bedauerlicher Weise keine neue Mittheilung gemacht über einschlägige Thierexperimente. Es wird ja gar nicht leicht sein, mit dem Messer oder mit einem stumpfen Instrumente genau dieselbe Dosis Trauma auf zwei motorische

Nerven einwirken zu lassen, vielleicht wäre dies zu erreichen durch geschickte Applikation einer mit künstlicher Gefriermischung gefüllten Röhre, wodurch oberflächlich gelegene Nerven doch einer recht intensiven messbaren Kälteeinwirkung ausgesetzt werden können.

Es wäre in der That sehr zu wünschen, dass bald einigermaassen Klarheit gewonnen wird, denn in der gegenwärtigen Periode des Streitens und Zweifelns läuft die Elektrotherapie Gefahr, gänzlich in Misscredit zu kommen, besonders durch die Blossstellungen von Seiten ihrer eifrigsten Verfechter. Wäre beispielsweise die Lehre der Schule Sperling von der allein seligmachenden Wirkung minimalster Ströme ($\frac{0.2-0.5}{50}$ 1 Minute Dauer) richtig, dann gehörten wir Anderen Alle vor den Strafrichter und die glücklichen Erfolge der Begründer der Elektrotherapie wären alle zu Unrecht erzielt. Indess „zur Begründung der heilenden Wirkung seiner Mittel bedarf es anderer Beweise, als sie Herr Sperling gebracht hat" äusserte Mendel in der Sitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft vom 11. März 1894, in der auch die übrigen anwesenden Neurologen energisch gegen die Sperling'schen Thesen auftraten. Die in jener Sitzung von Sperling besonders hervorgehobene Beobachtung, die er an einem mit „Kater" geplagten Collegen gemacht hatte, wäre besser nicht zum Beweise mit herangezogen worden. Das Resultat seines Vortrags fasste Sperling in folgenden 8 Punkten zusammen:

„1) Elektrische Ströme besitzen zu den Lebensvorgängen im menschlichen Organismus Verwandtschaft, sie sind für die Lebensprocesse der Gewebe adäquate Reize. 2) Es besitzen diese Eigenschaft starke und schwache, hoch und niedrig gespannte Ströme. Kranken Geweben sind am meisten adäquat minimale Ströme (0.5—0.1 M.-A.), wir wollen diese als specifisch adäquat bezeichnen, wenn sie im Stande sind, das kranke Gewebe zur Norm zurückzuführen. 3) Für einige krankhaft veränderte Gewebe sind die minimalen Ströme absolut nicht specifisch adäquat, z. B. für die centralen Störungen, welche die Grundlage der Epilepsie bilden. 4) Theoretisch muss der specifisch-adäquate Reiz bei jedem Kranken ein dem Grade nach u. s. w. verschiedener sein. Die individuelle Verschiedenheit des Krankheitsprocesses bei verschiedenen Kranken verlangt es so. Das wäre ideale Heilkunst. Die Umsetzung dieser Theorie in die Praxis ist natürlich unmöglich. 5) Starke elektrische Ströme können auf einen kranken Körper in zweierlei Art wirken (Roh. Remak): a) durch Elektrolyse, durch Fortschaffung der Krankheitsprodukte (Exsudate u. s. w.); b) durch specifisch-adäquaten Reiz, Verbesserung, Wiederherstellung der normalen physiologischen Funktion. 6) Die theoretische Wirksamkeit minimaler galvanischer Ströme kann nicht durch Elektrolyse erklärt werden; sobald sie heilen, specifisch-adäquat wirken, so müssen sie direkt auf das Gewebe wirken; sie leisten dann eine causale Heilung (causale Therapie). 7) Die Wirkung des specifisch-adäquaten Reizes kann nicht in groben Gewebeveränderungen zu suchen sein. Wenn das Leben des normalen Nerven in einer molekulären Bewegung besteht, die Krankheit in einer Veränderung dieser normalen Bewegung, so besteht die eigenartige Wirkung des specifisch-adäquaten Reizes, welchen der allgemeine Strom ausübt, in der Zurückführung der krankhaften Molekularbewegung zur Norm. 8) Die Auffassung gewisser Heilungsvorgänge als eine Zurückführung der kranken Molekularbewegung in den Geweben zur Norm durch den specifisch-adäquaten Reiz des minimalen galvanischen Stromes ist von Wichtigkeit: a) Weil in den minimalen galvanischen Strömen für eine beschränkte Anzahl von Fällen ein Heilmittel gefunden ist, welches nur durch Aenderung der Molekularbewegung in den Geweben heilend wirken kann, welches also rein causal, nicht symptomatisch wirkt. Somit entsteht die Anregung, nach anderen, ebenfalls rein causal wirkenden Heilmitteln zu suchen, die jedenfalls reichlich vorhanden sind. Heilmittel dieser Art entsprechen unzweifelhaft der besten Therapie. b) Weil die therapeutisch-medicinische Forschung dadurch von dem unfruchtbaren Felde der groben Physik und Chemie auf das fruchtbare der Molekularphysik abgedrängt werden wird. c) Weil die Anschauung unter den Aerzten über die Beeinflussung kranker Gewebe durch minimale Reize an Boden gewinnen wird, was für Aerzte und Kranke zum Segen gereichen würde."

Einer Diskussion dieser Thesen glaubt sich *Ref.* enthalten zu sollen und verweist auf die loco citato eingehend wiedergegebenen Debatten der Berliner medicinischen Gesellschaft.

II. Physiologisches und Diagnostisches.

17) D'Armand, D., Ueber den elektrischen Leitungswiderstand des menschlichen Körpers bei physischem u. psychischem, normalem u. pathologischem Zustande u. dessen praktischen Werth für die Elektrodiagnostik u. Elektrotherapie. (Ref. in Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre XV. 1894.)

18) Alt, K., u. K. Schmidt, Untersuchungen über den elektrischen Leitungswiderstand der thierischen Gewebe. Arch. f. d. ges. Physiol. LIII. 11 u. 12. p. 575. 1893.

19) Bernhardt, M., Ueber die *Gumpertz*'schen Anomalien der indirekten elektrischen Erregbarkeit u. ihre Beziehungen zur chronischen Bleivergiftung. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 12. 1894.

20) Bleyer and Weill, The primary action of the galvanic current. Vortrag vor der amerikanischen elektrotherapeutischen Gesellschaft, Sept. Chicago 1893.

[Bl. und W. fanden den Ozongehalt des Blutes nach Galvanisation wesentlich erhöht. Sie haben das Blut entweder den eben getödteten Thieren entnommen und den Strom durchgeleitet oder das lebende Thier galvanisirt und dann das Blut untersucht. Die Prüfung auf Ozon geschah mit Jodkaliumstärkekleister oder mit Guajaktinktur. Aus dem Befunde, dass durch den Einfluss des galvanischen Stromes der Ozongehalt des Blutes

vermehrt wird, schliessen Bl. und W., dass eine ähnliche Kraft im thierischen Organismus „eine animale Elektricität“, den Sauerstoff der Athmungsluft bei dessen Bindung mit Hämoglobin theilweise in Ozon umwandle.

Die Angabe, dass Ozon im Blut normaler Weise vorkommt, bedarf noch der Bestätigung; den Beweis dafür, dass eine „animale Elektricität“ im Körper existirt und polarisirend auf das Blut wirkt, können Bl. und W. nicht führen.]

21) **Brandenberg**, Wirkung hochgespannter, elektrischer Ströme auf den menschlichen Körper. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 3. 1893.

22) **Eschle**, Ueber die Wirkung elektrischer Ströme auf die animalen Gewebe. Vortrag im Verein Freiburger Aerzte. Autorreferat in der Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 17. 1894.

[E. hat den Strom durch Acupunktur direkt in das Gewebe geleitet und dessen Veränderungen unter dem Einflusse der Galvanolyse untersucht. Er findet in der Umgebung der Einstichstelle eine Mortifikation des Gewebes, die sich nach aussen durch einen Entzündungswall abgrenzt. In der weiteren Peripherie zeigt die quergestreifte Muskulatur hyaline Degeneration; Verfettung konnte nicht sicher nachgewiesen werden. Im Nierengewebe fand man ebenfalls Zerfall um die Einstichstelle, weiterhin Verfettung der sekretorischen Epithelien. Ein ähnliches Verhalten zeigt das Leber- und Hodengewebe.

Im Anschlusse daran wurde die Einwirkung galvanischer und faradischer Ströme auf das thierische Gewebe bei unverletzter Haut untersucht; doch sind hier nennenswerthe Befunde nicht erhoben worden.]

23) **Eulenburg, A.**, Ueber faradischen u. galvanischen Leitungswiderstand der Haut bei Sklerodermie u. eine modificirte Methode der faradischen Widerstandsbestimmung. Dermatol. Ztschr. I. 4. p. 315. 1894.

[Wie in einem früher untersuchten Falle (Jahrbb. CCXXXVII. p. 77) fand E. auch neuerdings bei einem Sklerodermiekranken, dass die relativen Widerstandsminima an den erkrankten Stellen höher sind, als an den gesunden. Die Untersuchung des faradischen Leitungswiderstandes geschah erst nach der von **Windscheid** angewendeten Methode, dann mittels eines Elektrodynamometers von *Giltay*. Der faradische Leitungswiderstand ist an den erkrankten Stellen nicht wesentlich erhöht.]

24) **Goigel, R.**, Ueber künstliche Abänderung der normalen elektrischen Zuckungsformel des menschlichen Nerven. Sitz.-Ber. d. physikal.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 67. 1893.

25) **Goigel, R.**, Untersuchungen über künstliche Abänderung der elektrischen Reaktion des menschlichen Nerven. Deutsches Arch. f. klin. Med. LII. 1—2. 1893.

26) **Gumpertz, K.**, Bemerkungen zu Prof. Dr. *M. Bernhardt's* Arbeit: „Ueber die *Gumpertz*'schen Anomalien“. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 15. 1894.)

27) **Hoorweg, J. L.**, Over den electrischen weerstand van het menschelijk lichaam voor kortdurende stroomen. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 3. 1893.

[H. untersucht den Leitungswiderstand des Körpers bei sekundären Induktionströmen. Die von **Gärtner** gefundene Thatsache wird bestätigt, dass beim Oeffnungschlage der Widerstand geringer ist, als beim Schliessungschlage.]

28) **Jones, L.**, The physiological effects of electrical currents of high frequency. Brit. med. Journ. June 24. 1893.

[J. bestreitet die Ansicht **d'Arsonval's**, dass hochgespannte Ströme bei schnellem Wechsel der Stromesrichtung dem thierischen Körper unschädlich seien. Die Versuchsanordnung **d'Arsonval's**, bei der er den *Franklin*'schen Strom anwendet, wird besprochen, dabei werden mehrere Einwendungen gegen die Resultate gemacht. Der Versuch gewährt einen interessanten Einblick in die verschiedene Wirkungsweise des statischen und des *Franklin*'schen Stromes, für die klinische Elektricitätslehre ist er belanglos.]

29) **Kratter**, Ueber den Tod durch Elektricität. Wien. klin. Wchnschr. VII. 21. 1894.

30) **Laacynsky, W. M.**, The value of electricity in diagnosis and prognosis of affections of the peripheral nerves. New York med. Record XLVI. Aug. 18. 1894.

31) **Lumbroso, G.**, et **G. Levi**, Contributo alla reazione elettrica dell'occhio. Sperimentale Nr. 12. 1894.

[Vff. haben versucht, die specifische Reaktion des Auges auf galvanische Reize zu diagnostischen Zwecken zu benutzen. Bei funktionellen, mit funktionellen Sehstörungen complicirten Neurosen waren auf dem erkrankten Auge grössere Stromstärken nöthig, um eine Lichtempfindung hervorzurufen, als auf dem gesunden Auge. In qualitativer Beziehung wurde Verschiedenheit der Licht- und Farbenempfindung auf beiden Augen beobachtet.]

32) **Mann, L.**, Ueber Veränderungen der Erregbarkeit durch den faradischen Strom. Deutsches Arch. f. klin. Med. LI. 2—3. 1893.

[M. fand nach einmaliger Faradisation mit schwachem Strom vom Muskel oder Nerv aus keine Veränderung in der faradischen Erregbarkeit des Muskels; bei stärkeren Induktionströmen wird die Erregbarkeit herabgesetzt. Regelmässig wiederholte Faradisation bewirkt nach einer Reihe von Tagen eine Steigerung der Erregbarkeit des faradisirten Muskels. Auch die Ansprechsfähigkeit für Willensimpulse soll nach längerem Faradisiren erhöht sein.]

33) **Putnam, J.**, On certain peculiarities in the reactions of the musculospiral nerve to electrical currents; and their practical significance. Boston med. and surg. Journ. March 1893.

34) **Remak, E.**, Ueber die Definition der Entartungsreaktion. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 46. 1893.

35) **Wertheim Salomonson, W.**, Een nog niet beschreven symptoom van de ontaardings-reactie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 6. 1895.

[S. will bei partieller Entartungsreaktion eine Verschiebung der motorischen Muskelpunkte um 1—2 cm peripheriewärts gegenüber der gesunden Seite beobachtet haben.]

36) **Starr, A.**, Electrical reactions and their value in diagnosis and prognosis. Boston med. and surg. Journ. CXXVIII. 13; March 1894.

37) **Turner, Dawson**, Electrodiagnosis by means of the urine. Edinb. med. Journ. Nov. 1892.

38) **Verhoogen, R.**, La mort par les courants électriques. Journ. de Méd., de Chir. et de Pharm. de Bruxelles Nr. 46. 1894.

39) **Winkler, F.**, u. **J. Fischer**, Ueber die Verwendung des galvanischen Stromes zur Untersuchung der Sekrete u. Exkrete. Centr.-Bl. f. klin. Med. Nr. 1. 1893.

[Ein Strom von ca. 100 M.-A. wurde durch die zu untersuchende Flüssigkeit (Urin, Koth, Sputum) geleitet und nach ca. 10 Minuten wurde eine Sedimentirung erzielt, als deren Ursache die dabei auftretende Gasbildung bezeichnet wird. Urineiweiss soll dabei nicht coagulirt werden.]

Mit Untersuchungen über den Leitungswiderstand des menschlichen und thierischen Körpers beschäftigen sich mehrere Arbeiten.

D'Armand (17) hat die von **Gärtner**, **Jolly** u. A. (Jahrbb. CCXIII. p. 76) empfohlene Messung mittels *Wheatstone*'scher Brücke verlassen und wendet nach dem Vorgange von **Martius** (Ebenda) die Substitutionmethode an. Er hat mit einem ausführlich beschriebenen Inventarium am lebenden und am todten Körper etwa 1000 Untersuchungen gemacht, deren Resultat zum Theil in Tabellen niedergelegt ist. D'A. bringt im Ganzen

eine Bestätigung und Erweiterung der Untersuchungen von Gärtner und Jolly, denen er nur in einigen Punkten widerspricht. Im Gegensatze zu den Genannten findet er den Widerstand an der Handfläche und Fusssohle sehr hoch und bei längerer Stromesdauer noch wachsend; dagegen nimmt der Widerstand am Hand- und Fussrücken bei längerem Durchfliessen des Stromes ab. D'A. bestätigt die Thatsache, dass der Widerstand nach Wechsel in der Stromrichtung geringer wird, und sucht die Ursache dafür zum Theil in Eigenschaften des thierischen Organismus, zum Theil in der Polarisirbarkeit der Elektroden. Wie diese Abnahme des Leitungswiderstandes von der Grösse und Applikationweise der Elektroden abhängt, wird im Einzelnen erörtert und daran wird der Vorschlag geknüpft, bei Anwendung des galvanischen Stromes zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken die indifferente Elektrode durch ein Hand- oder Fussbad zu ersetzen. Die Vortheile, die D'A. dadurch erwartet, sind folgende: 1) Grössere Applikationfläche der indifferenten Elektrode, deren Temperatur ausserdem messbar und constant zu erhalten ist. 2) Verminderung der Widerstandschwankungen, die durch ungleichen Druck oder ungenügende Befeuchtung der aufgesetzten Elektrode bedingt sind. 3) Leichtere Regelung des Widerstandes durch mehr oder minder tiefes Eintauchen der Hand in das Bad, wobei das erwähnte gegensätzliche Verhalten von Handrücken und Handfläche in Betracht kommt.

Von den Untersuchungen, die D'A. an Kranken, besonders bei Neurosen und Psychosen angestellt hat, interessiren einige, deren Resultate im Gegensatze zu früheren, vor Allem den von Windscheid (Jahrbb. CCXVII. p. 77) gemachten Beobachtungen stehen. Bei Basedow'scher Krankheit findet er sehr geringe, bei Hysterie sehr grosse Widerstände. Bei Epilepsie sind die Widerstände gross, noch grösser bei epileptischem Irresein. Bei Idiotie war der Widerstand gross, die Abnahme nach längerer Stromesdauer stark. In einem Falle von Tetanus fand D'A. sehr geringe Widerstände mit geringer Abnahme. Bei Neuralgien und Hemiplegien konnte eine langsame Abnahme des Widerstandes am gesunden, wie am kranken Theile beobachtet werden. Bei exsudativer Pleuritis war keine Differenz zwischen gesunder und kranker Seite zu ermitteln.

Alt und Schmidt (18) haben bei ihren Versuchen über den Leitungswiderstand verschiedener Gewebe die Funkenlänge des *Franklin*'schen Stromes zum Messen benutzt. Sie leiteten den einen Pol einer Influenzmaschine so nach der Erde ab, dass der Strom entweder durch einen eingeschalteten Widerstand (das zu untersuchende Gewebe) gehen musste oder eine durch Mikrometerschraube messbare Luftstrecke mit Funkenbildung zu überspringen hatte. Die Funkenstrecken wurden durch Einschaltung von Salzlösungen, deren Leitungswiderstand bekannt war, calibrirt. Die von Thieren lebensfrisch entnommenen Organe waren in Glasröhrchen von bestimmten Dimensionen eingepresst. Mit dieser, bisher noch nicht angewendeten Methode konnten A. und Schm. eine Skala des Leitungswiderstandes verschiedener, thierischer Gewebe aufstellen.

Den Widerstand des Muskels, = 1 angenommen, ergab sich beim Nerv die niederste Zahl (0.17), bei der Muskelscheide eine der höchsten (4.41). Von pathologischen, eiweisshaltigen Flüssigkeiten konnte der Widerstand bei Cysteninhalt = 0.43, bei Ascitesflüssigkeit = 0.53 berechnet werden. A. und Schm. versprechen sich viel von einem Ausbaue der Methode und ihrer weiteren Anwendung auf pathologische Gewebeverhältnisse.

Ueber die zerstörende Wirkung hochgespannter, zu industriellen Zwecken dienender Ströme auf den menschlichen Körper berichten Brandenberg (21), Kratter (29) und Verhoogen (38). Es handelt sich meist um Ströme, die bei sehr hoher Spannung von relativ geringer Stromstärke sind, weshalb eine tödtliche Wirkung selten eintritt. Verhoogen schildert noch die in New York übliche Hinrichtung durch Elektricität. Hier wird ein Wechselstrom von 3000 Volt und circa 10 Amp. Stromstärke benutzt. Eine Lähmung der Centren des Vorderhirns und verlängerten Markes soll im Moment des Stromeintrittes erfolgen und damit sollen Empfindung, Athmung und Herzthätigkeit ausgeschaltet sein. Da der Strom längere Zeit durch den Körper geht, so wird dadurch ein Wiedererwachen der Herzthätigkeit unmöglich.

Geigel (24. 25) konnte in einem Falle von Tetanie durch Druck im Sulcus bicipitalis eine frühzeitige KOZ auslösen. Dasselbe Verhalten zeigten nervengesunde Menschen, denen durch einen elastischen Schlauch das Glied so abgeschnürt wurde, dass die Arterie comprimirt, der Nerv gedrückt war. Es traten KOZ und AOZ bei sehr geringen Stromstärken auf, die KSZ verhielt sich normal. Ob diese Erscheinung durch Compression der Nerven oder Verschluss des Gefässes hervorgerufen wurde, konnten die Versuche nicht entscheiden. Die Reaktion trat bei beiden, einzeln vorgenommenen Eingriffen auf, stärker jedoch, wenn vollständige Umschnürung des Gliedes stattfand. Oberhalb der comprimirten Stelle fand sich nur Herabsetzung der Erregbarkeit. Die „Compressionreaktion“ konnte G. auch dadurch erzielen, dass er (bei nicht comprimirtem Gliede) den Nerven längere Zeit von einem constanten Strome durchfliessen liess. Er erhielt dann eine Steigerung der OZ bei gleichgerichtetem, der SZ bei entgegengerichtetem Strome. Das Auftreten der „Compressionreaktion“ wird damit erklärt, dass der Nerv während der Abschnürung die Fähigkeit annimmt, überaus rasch in den Zustand des Elektrotonus zu gerathen, so dass er schon bei schwachen und kurz dauernden

Strömen für die Oeffnung des gleichgerichteten Stromes übererregbar wird.

Die specielle Elektrodiagnostik hat keine wesentliche Erweiterung erfahren. Die meisten der angeführten Arbeiten theilen in der Frage der Entartungsreaktion den Standpunkt Remak's (34), der daran festhält, dass das Kriterium der Entartungsreaktion die Trägheit, der wurmförmige Ablauf der Zuckung, nicht die Umkehr der Zuckungsformel sei. Mit Recht weist R. den von Schaffer (Jahrbb. CCXXXVII. p. 70) gemachten Versuch zurück, eine funktionelle Entartungsreaktion der Hysterischen zu construiren. „Es wird zu sehr vernachlässigt, dass hysterische Symptome eine häufige Complikation organischer Nervenkrankheiten sind.“

Der galvanischen Entartungsreaktion wird die faradische angegliedert; als solche bezeichnet R. die träge Zuckung, die man in manchen Fällen spinaler oder peripherischer Lähmung bei direkter und indirekter Reizung mit dem Induktionstrome findet. In ähnlichem Sinne kann die von Bernhardt bei *Franklin*'schen Strömen beobachtete Zuckungsträgheit als statische Entartungsreaktion bezeichnet werden. Faradische und statische Entartungsreaktion erfordern, nach Ansicht R.'s die Bestätigung durch entsprechendes Verhalten des Muskels bei direkter, galvanischer Reizung.

Die Anschauungen Remak's finden sich auch vertreten in einer *Verhandlung der Academy of Medicine* (36) zu New York unter dem Vorsitze A. Starr's. Dana betonte, dass bei der Entartungsreaktion die Zuckungen diffus, d. h. über den ganzen Muskelbauch vertheilt, erfolgen. Lescynsky hob die Bedeutung der elektrischen Untersuchung für die Prognosenstellung bei Verletzung peripherischer Nerven hervor. Für die Diagnose und Prognose der multiplen Neuritis liefert nach Starr die elektrische Untersuchung keine brauchbaren Resultate; ebenso bezeichnete Sachs ihren Werth bei der Untersuchung von Muskeldystrophien als gering.

Bernhardt (19) bekämpft lebhaft die von Gumpertz aufgestellte Behauptung, dass als frühestes Zeichen einer degenerativen Neuritis des N. radialis bei Bleikranken ein Schwinden der Reaktion für den positiven Pol des Oeffnungsinduktionstromes und weiterhin der galvanischen ASZ auftrete. B. hat dasselbe Verhalten des N. radialis bei nicht bleikranken Individuen beobachtet, und erklärt es aus den anatomischen Lagerungsverhältnissen des N. radialis, der an seiner Umschlagstelle für beide Stromesarten schwer zugängig ist.

Putnam (33), der die Gumpertz'sche Anomalie bei völlig nervengesunden Individuen gefunden hat, kommt zu dem Ergebnisse, dass es sich dabei um eine physiologische Eigenthümlichkeit des N. radialis handle.

Der Streit, der sich zwischen Bernhardt und Gumpertz entwickelte (2), macht den Eindruck, dass das beiderseits gesammelte Material zu gering ist, um die Frage zu entscheiden.

Auch Lescynsky (30) beschäftigt sich in einer Abhandlung über die diagnostische Bedeutung der Elektricität mit den Gumpertz'schen Beobachtungen. Er schliesst sich der Auffassung Bernhardt's und Putnam's an, dass die Gumpertz'sche Anomalie nicht zur Frühdiagnose der Bleilähmung zu verwenden sei. Neue Gesichtspunkte enthält die Arbeit L.'s nicht. L. weist auf den Werth der elektrischen Untersuchung für die Diagnose und Prognose der peripherischen Nervenkrankheiten, besonders im Bereiche des Facialis und der Arme hin. L. giebt die bekannte Eintheilung der peripherischen Lähmungen in 3 Grade, berichtet dann über einige Fälle von Facialislähmung und fasst seine Auffassung der Elektrodiagnostik in einer Anzahl von Schlusssätzen zusammen (vgl. auch Arbeit 7). Er bezeichnet den faradischen, sekundären Strom zu diagnostischen Zwecken als vollkommen ausreichend; der Entartungsreaktion legt er weniger Bedeutung bei. Zur Feststellung der Prognose ist der Nachweis der Entartungsreaktion weniger bedeutsam, als ein genaues Eingehen auf Ursache, Grad und Charakter der Erkrankung. Die grosse Regenerationfähigkeit der peripherischen Nerven auch bei lange bestehenden Lähmungen wird hervorgehoben und es wird betont, dass bei vollständiger Entartungsreaktion die Motilität, besonders bei Bleiintoxikation erhalten sein kann, andererseits kann in alten Fällen bei motorischer Lähmung die faradische Erregbarkeit erhalten sein. Vor der Anwendung starker Ströme zur diagnostischen Untersuchung wird gewarnt. Zur Untersuchung von Augenmuskellähmungen ist die Elektricität ungeeignet.

III. Apparate. Methoden.

40) Baudet, H. F., Faradimetrie. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 17. 1893.

41) Beer, Berthold, Zur Verwendung des faradischen Stromes bei Neuralgien. Wien. med. Bl. Nr. 31. 1894.

[B. empfiehlt die Applikation des Stromes mittels der *faradischen Hand*, die eine feinere Nuancirung des Stromes ermögliche und ausserdem die Auffindung der schmerzempfindlichen Stelle erleichtern soll.]

42) Borgonie, F., Nouveau pied isolateur pour platos-formes ou tabourets isolateurs à l'électrisation. Arch. d'électr. Méd. Mars 1894.

43) Bertram, A., Einiges aus der Praxis über Auswahl u. Gebrauch elektrotherapeutischer Apparate u. Instrumente. Deutsche Med.-Ztg. Nr. 78—81. 1893.

44) Brandis, Ueber Franklinisation. Württemb. Corr.-Bl. Nr. 33. 1893.

45) Cleaves, M. A., A new electrode for hydroelectric applications of the constant current. New York med. Record XLVI. 7; Aug. 1894.

46) Engelmann, G. J., The interrupted high-Voltage primary or mixed current. Med. News LXIV. 5. p. 120. Febr. 1894.

[E. leitet den einer Batterie entnommenen galvanischen Strom durch einen besonderen Unterbrecher in die sekundäre Rolle eines Induktionsapparates. Der von hier entnommene Strom soll in besonders vorzüglicher Weise

Erkrankungen der Muskulatur beeinflussen. Therapeutische Erfahrungen besitzt E. darüber nicht. Es ist auch gar nicht einzusehen, weshalb sich ein derartiger Strom in physiologischer oder therapeutischer Beziehung wesentlich von dem primären Strome der gewöhnlichen faradischen Apparate unterscheiden soll.]

47) Gärtner, Ueber elektrische Medicinalbäder. Med. Post Nr. 15—34. 1893.

48) Heyes, The new dispersion elektrode. New York med. Record XLIII. 6; Febr. 1893.

49) Heorweg, Over den electrodynamometer van *Giltay*. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. 2; Jan. 1894.

50) Jourdan, A., Verbesserungen an *Leclanché*-Elementen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 6. 1894.

[Durch einen neuen, von J. erprobten Gummiverschluss wird Verdunsten der Füllungsflüssigkeit verringert, Verschütten derselben beim Transport vermieden und überdies die Reinigung der Elemente erleichtert.]

51) Klingel, Ein neuer galvanokaustischer Handgriff. Therap. Monatsh. XI. 1894.

52) Krause, A new rectal electrode. New York med. Record XLIII. 10; March 1893.

53) Lescynsky, An improved form of diagnostic electrode. New York med. Record XLIII. Jan. 1893.

54) Lewandowski, R., Das transportable Galvanometer von *Welmann*. Wien. med. Presse XXXIV. 17. 1893.

55) Lewandowski, R., Ueber d. gleichen Gegenstand. Wien. klin. Wchnschr. VI. 16. 1893.

56) Lewandowski, R., Ueber die „Sonnenäther-Strahl-Apparate“ 1893. [Mundus vult decipi, ergo decipiatur.]

57) Liebtwitz, L., Ueber die Anwendung der Accumulatoren in der Medicin u. über die beste Art dieselben zu laden. Prag. med. Wchnschr. XVIII. 25. 1893.

[Empfiehlt die Benutzung der Accumulatoren, die bisher wegen der Kostspieligkeit und Umständlichkeit des Ladens noch zu wenig gebraucht wurden. Er ladet mit dem Strome der städtischen (Bordeaux) Elektr.-Gesellschaft (100 Volt), benutzt an Stelle der kostspieligen Metallwiderstände gebrauchte Lampen von 16—100 Kerzen Lichtstärke. Das Verfahren ist sehr einfach, aber nur bei gleichzeitigem Laden vieler Accumulatoren angebracht, da das Laden eines einzigen eben so viel kostet, wie das von 40 nach einander geschalteten.]

58) Luraschi, Nuovo apparecchio elettrico transformatore di corrente continua in corrente alternata. Gaz. degli Osped. XIV. 90. 1894.

59) Negro, Un faradimetro applicato alle elettro diagnostica. Rif. med. IX. 137. 1893.

60) Peltzer, Vergleichende Untersuchungen über Zweizellenbad. Therap. Monatsh. VII. 3. 1893.

[Untersuchungen über die Wirkung des bipolaren (*Stein*'schen) und des *Gärtner*'schen Zweizellenbades (Kautschukdiaphragma in Nabelhöhe) argaben, dass dem Zweizellenbade für den *faradischen* Strom jedenfalls kein Vorzug gebührt; hingegen kommt im Zweizellenbade die Wirkung des einzelnen Poles des galvanischen Stromes mehr zur Geltung. Versuche über die katephor. Wirkung elektrischer Bäder waren vollkommen negativ.]

61) Placzeck, Eine neue Elektrode. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 33. 1894.

[Sie soll besonders dienlich sein bei der Entlarvung von Simulanten!]

62) Salmi, Sulla elettricita statica. Pisa 1893. F. Nistri e Co. 8. 15 pp.

63) Sanders, A new dispersion electrode for the administration of galvanisme in gynecology. New York med. Record Jan. 1893.

64) Santi, Eine neue elektrische Einrichtung für Galvanokaustik im Anschlusse an einen constanten Strom. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XVIII. 10. p. 459. 1894.

65) Spaink, Een nieuwe irrigatorelectrode. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. II. 10; Sept. 1893.

66) Spiek's Elektrotherap. Massir- u. Frottirhandschuh. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. N. F. V. p. 432. 1894. [Empfohlen von Buschan.]

67) Spiek jun., Neuer Induktionsapparat. Ebenda. [Zeichnet sich nach Buschan insbesondere durch seine Handlichkeit und Billigkeit aus. Handschuhe und Induktionsapparate kosten zusammen 40 Mk.]

68) Truchot, La machine dynamoélectrique. Arch. d'électr. Méd. Nr. 1. 1893.

69) Witkowski, Der galvan. Pinsel. Die Behandlung der Impotenz, Ischias u. Tabes. Deutsche med. Wchnschr. XX. 40. 1894.

70) Ziegenspeck, Ueber *Apostoli's* Verfahren u. über einen elektrotherap. Universalapparat. Aerztl. Centr.-Anz. Nr. 22. 1893.

IV. Heilerfolge. Verschiedenes.

71) Lawrence, H. Newman, Modern electrotherapeutics from the electrical standpoint. New York med. Record XLV. 23. p. 720. June 9. 1894.

[N., anscheinend nicht Arzt, bringt nichts Neues ausser der Mittheilung, dass an der Universität Michigan, im Anschlusse an die medicinische Fakultät ein elektrotherapeutisches Laboratorium errichtet wird.]

72) Glatz, Du traitement de la névralgie sciatique par l'hydrotherapie et l'électricité. Paris 1894. Ref. im Centr.-Bl. f. Nervenkrankh. N. F. V. p. 642. 1894.

[Gl., der an den realen, nicht suggestiven Werth der Elektricität glaubt, erreicht bei Ischias günstigere Resultate bei Anwendung des absteigenden Stromes, als bei der des aufsteigenden.]

73) Rockwell, The therapeutics of current direction and polar action in nervous diseases. New York med. Record XLIII. 18. 1893.

74) Rockwell, The action of electricity on the pneumogastric. Is it of value in chloroform-narcosis. New York med. Record XLV. 8. p. 236. Febr. 1894.

[Fall von Chloroformasphyxie, die durch starke faradische Reizung des Vagus behoben wurde.]

75) Rockwell, The action of electricity on the sympathic nervous system. New York med. Record XLV. 17. p. 523. 1894.

76) Apostoli, Travaux d'électrothérapie gynécologique. Paris 1894. Sammelwerk.

77) Bartholow, Observations on the treatment of ascite by faradisation of the abdomen. Med. News. LXII. 8; Febr. 1893.

78) Bergonié, Volumineux angiome de la lèvre; traitement par l'électrolyse mono-et bipolaire. Arch. d'électr. Méd. 1893.

79) Bergonié et Bonrsier, Resultats statistiques du traitement électrique des fibromes utérines. Arch. clin. de Bordeaux II. 2. 1893.

80) Dollinger, De l'effet des courants électriques continues forts sur l'arthrite chronique de nature tuberculeuse. Ungar. Arch. f. Med. I. 2. 1892.

81) Einhorn, Weitere Erfahrungen über direkte Elektrisation des Magens. Ztschr. f. klin. Med. XXIII. 3 u. 4. 1893.

82) Einhorn, Ueber therap. Erfolge mit direkter Magenelektrisation. Deutsche med. Wchnschr. XX. 34. 35. 1893.

83) Fisher, Electricity in gynaecology. Therap. Gaz. XVII. 4; April 1893.

84) Goelet, The faradic current in gynecology. New York med. Record XLIII. 24; June 1893.

85) Hellopeau, Traitement de la morphaea alba plane par les bains faradiques. Bull. gén. de Thér. Mai 1893.

86) Howard, Electricity in the treatment of goitre. Amer. pract. and News XVII. 212. 1894.

87) Inglis-Persons J., Rodent cancer and its treatment by electricity. Lancet Nov. 11. 1893.

88) Keith, Tetal disappearence ef a fibroid tumor after Dr. *Apostoli's* treatment. Brit. med. Journ. July 9. 1892. p. 1645.
89) Labadie-Lagrave et Régnier, Traitement des fibromes utérines par l'électricité. Arch. gén. de Méd. p. 257. Sept. 1893.
90) Ludlew, The use ef electricity in midwifery. New York med. Record XLII. 26; Dec. 1892.
91) Massey, Electricity in the treatment of chronic prostatitis. Univers. med. Mag. Nr. 6. 1894. — Pacific Record Nr. 10. 1894.
92) Murray, Case ef fibroid tumeur treated by electricity. Edinb. med. Journ. XL. 1. p. 16; July 1894.
93) Nermand, Du traitement par l'électrolyse des polypes nasopharyngiennes. Arch. d'électr. Méd. Nr. 1. 1893.
94) Nersa, J., The medico-electric eye-bath in the treatment of scleritis and episcleritis. Therap. Gaz. XVII. 4; April 1893.
95) Oudin, Les courants de haute fréquence en dermatologie. Progrès méd. XVII. 32. 1893.
96) Pander, Ueber gynäkologische Elektrotherapie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. IX. April 1893.
97) Raab, Beiträge zur *Apostoli*'schen Gynäko-Elektrotherapie. Wien. med. Presse XXXIV. 13. p. 14. u. 15. 1893.
98) Santi, Elektrolyse in der Dermatologie. Mon.-Schr. f. prakt. Dermatel. XVIII. 10. 1894.

II. Beiträge zur Physiologie, Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.

Zusammenstellung von Arbeiten aus den Jahren 1893 und 1894 [1])

von Dr. L. Goldstein in Aachen.

Unsere diesmalige Zusammenstellung zeigt denselben Charakter, wie in den letzten Jahren, indem die grössere Anzahl von Arbeiten den mehr praktischen Consequenzen der Hirnlokalisation gewidmet ist. In der Pathologie beschäftigt die Aphasie die Aerzte noch vorwiegend, sowohl nach der lokalistischen, wie nach der psychologischen Seite hin.

A. *Physiologie.*

1) Herm. Munk, Ueber den Hund ohne Grosshirn. Verhandl. d. physiol. Gesellsch. in Berlin Jahrg. 1893 bis 1894.

2) L. Edinger, Ueber die Bedeutung der Hirnrinde im Anschluss an d. Bericht über d. Untersuchung eines Hundes, dem Prof. *Goltz* d. ganze Vorderhirn entfernt hatte. Verhandl. d. Congr. f. innere Med. XII. Wiesbaden 1893. Bergmann. p. 350.

3) Heinrich Sachs, Vorträge über Bau u. Thätigkeit d. Grosshirns u. d. Lehre von d. Aphasie u. Seelenblindheit. Breslau 1893. Preuss u. Jünger. 8. VII u. 290 S. (10 Mk.)

4) Julius Kusick, Experimentelle Studien über d. cortikale Innervation d. Rumpfmuskulatur. Ges. Abhandl. aus d. med. Klinik zu Dorpat, herausgeg. von *H. Unverricht.* Wiesbaden 1893. Bergmann. p. 1.

5) W. Vierhuff, Ueber absteigende Degeneration nach einseitigen Hirn- u. Rückenmarksverletzungen. Ebenda p. 143.

6) Hermann Munk, Ueber d. Fühlsphären d. Grosshirnrinde. 2. Mittheilung. Sitz.-Ber. d. k. preuss. Akademie d. Wissenschaften zu Berlin XXXIX. 1893.

7) H. Munk, Ueber d. Fühlsphären d. Grosshirnrinde. 3. Mittheilung. Sitz.-Ber. d. k. preuss. Akademie d. Wissenschaften zu Berlin XXXVI. 1894.

8) L. Réthi in Wien, Das Rindenfeld, d. subcortikalen Bahnen u. d. Coordinationscentrum d. Kauens u. Schluckens. Wien. med. Presse XXXV. 23. 24. 25. 1894.

9) Theodor Wieting, Zur Physiologie d. infracortikalen Ganglien u. über d. Beziehungen derselben zum epilept. Anfalle. Ges. Abhandl. aus d. med. Klinik zu Dorpat, herausgeg. von *H. Unverricht.* Wiesbaden 1893. Bergmann. p. 56.

10) A. Tochtermann, Ueber die Cirkulationsstörungen im epilept. Anfalle. Ebenda p. 101.

11) F. W. Mott, The sensory motor functions of the central convolutions of the central cortex. Journ. of Physiol. XV. 6. 1894.

12) L. Bianchi, Ueber d. Funktion d. Stirnlappen. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 13. 1894.

13) W. Bechterew, Ueber d. Rindencentra Sphincteris ani et vesicae. Neurol. Centr.-Bl. XII. 3. 1893.

Die von Goltz aus seinen Exstirpationen des ganzen Grosshirns beim Hunde gezogenen Schlussfolgerungen, die wir in unserem letzten Berichte (Jahrbb. CCXLIII. p. 83) wiedergegeben hatten, unterzieht Herm. Munk (1) einer scharfen Kritik. Er glaubt, dass der eigenartigen Auffassung von Goltz keinerlei Berechtigung zuzuerkennen sei, dass die Nervenphysiologie vielmehr in dem grosshirnlosen Hunde lediglich einen empfindungslosen Automaten sehen könne. Näher geht M. auf seine, von Goltz bekämpfte, Lehre ein, dass schon die elementaren Sinnesempfindungen, die Lichtempfindung, Schallempfindung u. s. w. an das Grosshirn gebunden seien. Da der grosshirnlose Hund auf grellen Lichtreiz hin blinzelte, so hatte ihn Goltz für nicht blind erklärt. M. aber führt aus, dass, wenn auf grellen Lichtreiz hin das Auge sich schliesst, die Erregung centralwärts durch den Trigeminus erfolge, also bei der Goltz'schen Beobachtung nur ein Reflex vom Trigeminus auf den Facialis vorliege. Wenn man aber auch annehme, dass im Falle des Blinzelns auf grellen Lichtreiz blos Opticusfasern die Erregung centralwärts leiten, so sei dennoch, da im Corp. quadrig., im Corp. genicul. extern., im Pulvinar diese Fasern mit centrifugalen Nervenbahnen in Verbindung stehen, die Möglichkeit gegeben, dass die Erregung

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXLIII. p. 81.

von Opticusfasern ohne jede Betheiligung von Sinnesvorgängen reflektorische Bewegungen herbeiführe. Somit ist nach M. der grosshirnlose Hund vollkommen *blind*. Er ist auch vollkommen *taub*, denn das Kopfschütteln auf grelle Schalleindrücke hin entspricht dem Blinzeln bei grellem Lichtreize. Es ist ein gemeiner Reflex auf die Cervikalnerven, sei es vom Trigeminus, sei es vom Acusticus aus, im letzteren Falle mittels der akustischen Centren unterhalb des Grosshirns als Reflexcentren. Abwehrende und schützende Reflexbewegungen stellen die von Goltz gemachten Beobachtungen dar und ihr spätes Eintreten zeigt eine Summation der centripetalen Erregungen im Centralorgane an, wie sie bei gemeinen Reflexen vorkommt, wie sie für das Gemeingefühl wohl Bedeutung hat, nicht aber für die Sinnesempfindung, die unter der Andauer der Reizung abnimmt. Auch dort, wo Goltz den Hund durch Tastreize zu zweckmässigem Handeln veranlasst werden lässt, liegen nach M. nur gemeine Reflexbewegungen des Hundes vor. Auch hinsichtlich des Geschmacksinnes stimmt M. Goltz nicht bei und er hält die Aeusserungen des Goltz'schen Hundes auch in dieser Beziehung für gemeine Reflexbewegungen. M. sagt schliesslich: Die Sinne, die durch mässige Einwirkungen der Sinnesreize die Kenntniss von der Aussenwelt liefern, sind gegen übermässige, sie gefährdende Einwirkungen der Sinnesreize dadurch geschützt, dass starke Erregungen der peripherischen Sinnesnerven ohne jede Betheiligung von Empfindungen auf dem Wege des gemeinen Reflexes Bewegungen herbeiführen, die die Reize von den Endigungen der Sinnesnerven fern halten oder entfernen, und zudem Gemeingefühle entstehen lassen, so dass bewusste oder unwillkürliche Bewegungen für den gleichen Zweck zu Hülfe kommen können. Jene schützenden gemeinen Reflexbewegungen, deren Reflexcentren im Centralnervensystem *unterhalb* des Grosshirns gelegen sind, waren am grosshirnlosen Hunde erhalten und in ihnen, die nur ein Fortwirken von Sinnesreizen oder Fortbestehen von Sinneseindrücken kundthaten, hat Goltz irrthümlich die Anzeichen des Fortbestehens von Sinnesempfindungen gesehen. Gerade umgekehrt hat der grosshirnlose Hund, indem in Folge von Sinnesreizen keine anderen Bewegungen an ihm auftraten als jene schützenden gemeinen Reflexe, auf's Schönste bestätigt, was zuerst die partiellen Exstirpationen der Grosshirnrinde am Hunde gelehrt und entsprechende pathologische Erfahrungen am Menschen ergeben hatten, dass auch die elementaren Sinnesempfindungen, die Lichtempfindung, die Schallempfindung u. s. w. an das Grosshirn gebunden sind.

Im Anschlusse an die Demonstration des von Goltz des gesammten Vorderhirns beraubten Hundes bringt L. Edinger (2) seine Ansichten über die Lokalisation vor, die zwischen den Lokalisatoren κατ' ἐξοχήν und der Goltz'schen Schule zu vermitteln suchen. Die vergleichende Anatomie lehrt nämlich, dass die Hirnrinde etwas ist, was nicht absolut zum Begriffe eines Wirbelthiergehirns gehört, sie tritt erst allmählich in der Thierreihe auf und nimmt noch in der Klasse der Säuger an Masse zu. In Verbindung mit den Experimenten von Goltz lehrt sie ferner, dass die Existenz der Rinde für die Ausübung der früher instinktiv genannten Funktionen, der niederen vom Gedächtniss unabhängigen, nicht erforderlich, natürlich aber, wenn vorhanden, nicht ohne Einfluss auf diese Funktionen ist. Man wird annehmen müssen, dass in der That sich eine Landkarte der Hirnoberfläche herstellen lasse, die zeigt, von welchen Punkten aus durch einen Reiz die tieferen Centren für bestimmte Bewegungen oder Empfindungen beeinflusst werden können. Hier liegt kein Widerspruch zwischen zwei experimentellen Richtungen vor, sondern es ergänzt die eine die andere. Addirt sich in Wirklichkeit erst allmählich in der Thierreihe die Rinde zum übrigen Gehirne, so liegt die Frage nahe, welche Empfindungen in derjenigen Hirnrinde lokalisirt sind, die zuerst bei den Reptilien auftritt. E. glaubt durch seine Untersuchungen zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dass die ersten höheren psychischen Funktionen, die in der Thierreihe auftreten, solche seien, die mit der Erinnerung und Verwerthung von Riechempfindungen zu thun haben.

Auch H. Sachs (3) kommt bei Betrachtung der Experimente von Schrader und namentlich der von Goltz über die Entfernung des ganzen Grosshirns zu dem Schlusse, dass im ganzen Wirbelthierreiche in den unterhalb der Grosshirnrinde gelegenen Hirntheilen complicirte und dem Anscheine nach für gewöhnlich nur unter voller Thätigkeit bewusster geistiger Vorgänge auftretende Bewegungen durch Sinneseindrücke selbst der höheren Sinne hervorgerufen u. zweckmässig geleitet werden; dass aber alle diese Bewegungsvorgänge den Charakter von Reflexen tragen, in die die Thätigkeit des Grosshirns auf Grund der Erfahrung hemmend eingreift.

Hinsichtlich der cortikalen Innervation der Rumpfmuskulatur stehen sich bekanntlich verschiedene Ansichten gegenüber. Während Fritsch und Hitzig für eine Versorgung der Muskeln beider Rumpfhälften durch jede Hemisphäre eintreten, nehmen Goltz, Luciani und Sepilli, Landois und Munk (Letzterer mit Verlegung des Centrum in das Stirnhirn) eine gekreuzte Innervation an und Unverricht, dem sich Bechterew anschloss, beobachtete endlich eine Versorgung von der gleichseitigen Hemisphäre aus. Unverricht's Angabeu bedeuten eine Ausnahmestellung für die Muskeln des Rumpfes, eine Durchbrechung des Gesetzes der collateralen Innervation.

Um die Widersprüche zwischen den einzelnen Forschern zu lösen, veranlasste Unverricht seinen Schüler Knsiok (4) zur Nachprüfung und Erweiterung der von ihm gefundenen Thatsachen. Die an Hunden ausgeführten Experimente führten

zunächst zu dem Ergebnisse, dass entgegen der Munk'schen Behauptung die Stirnlappen in keinerlei Beziehung zur Rumpfmuskulatur stehen, vielmehr die constante Lage des Centrum zwischen den Gliedercentren (Gyrus sygmoidens) sich befinde, und dass Reizung dieses Centrum stets die Rumpfmuskeln *derselben* Seite in Aktion setze. Die von Unverricht behauptete homolaterale Innervation bestehe also in Wirklichkeit. Halbseitige Rückenmarksdurchschneidungen belehrten K. ferner, dass bei Reizung des Rumpfcentrum ebenfalls die Muskulatur derselben Seite sich krümmte, wodurch die schon von Unverricht vermuthete doppelte Kreuzung erwiesen wurde, da eben die Leitungsbahnen zu den Rumpfmuskeln in der gegenüberliegenden Rückenmarkshälfte verlaufen.

Den histologischen Beweis für diese doppelte Kreuzung suchte ein anderer Schüler Unverricht's W. Vierhuff (5) zu erbringen, indem er die sekundären Degenerationen nach halbseitiger Durchschneidung des Rückenmarks und einseitiger Auslöffelung des Gyrus sygmoideus studirte. In der That degenerirten dann stets die Fasern in beiden Pyramidenseitenstrangbahnen; allerdings zeigte die Degeneration bedeutende gradnelle Unterschiede zwischen rechts und links, indem nämlich nach einer linkseitigen Rückenmarksdurchschneidung die linke Pyramidenseitenstrangbahn fast gänzlich degenerirt war und nur einzelne Nervenfasern von gesunder Beschaffenheit aufwies, die rechte Pyramidenseitenstrangbahn dagegen zum grössten Theile normale Nervenfasern und eine geringe Anzahl von erkrankten enthielt. Analoge Befunde ergaben sich bei Hirnläsionen. Nach Auslöffelung des rechtseitigen Gyr. sygmoid. degenerirte der grössere Theil der Nervenfasern in der linken Pyramidenseitenstrangbahn, während in der rechten nur ein kleiner Theil der Fasern degenerirte. Aus diesen einseitigen Auslöffelungen, wie aus den halbseitigen Rückenmarksdurchschneidungen und der daraus folgenden doppelseitigen Degeneration in der Pyramidenseitenstrangbahn leitet V. eine doppelte Kreuzung cortico-muskulärer Leitungsbahnen beim Hunde ab.

Exstirpationen der Gliederregionen bei Affen an einer und an beiden Hemisphären führten H. Munk (6) zu Schlüssen, die wir am besten mit seinen eigenen Worten wiedergeben: „Von eigenen centralen Elementen der Extremitätenregionen, welche sowohl mit den der Berührungsempfindung dienenden, wie mit anderen centralen Elementen in Verbindung stehen, führen direkte Leitungsbahnen zu *allen* Rückenmarkscentren der gegenseitigen Extremitäten, bez. ihrer Glieder, d. h. zu allen Rückenmarkscentren, deren Erregung mittels der von ihnen zu den Muskeln gehenden Nervenfasern Bewegungen der gegenseitigen Extremitäten, bez. ihrer Glieder veranlasst; und indem sie diese Rückenmarkscentren in Erregung setzen, haben die Extremitätenregionen Bedeutung für *alle* Bewegungen an den gegenseitigen Extremitäten mit Ausnahme der Gemeinreflexe oder Rückenmarksreflexe. Sie führen die isolirten Bewegungen der gegenseitigen Extremitäten herbei, d. h. die Bewegungen, welche ausschliesslich die gegenseitigen Extremitäten, bez. deren Glieder betreffen: diese Bewegungen sind ganz und gar an die Extremitätenregionen gebunden, so dass sie mit deren völligem Untergange für immer verloren sind. Nicht so beherrschen die Extremitätenregionen die Gemeinschaftsbewegungen der gegenseitigen Extremitäten, d. h. die Bewegungen, welche an den gegenseitigen Extremitäten zusammen, in Verbindung oder in der Reihe, mit Bewegungen anderer Körpertheile erfolgen. Denn die Principalbewegungen, zu welchen diese Gemeinschaftsbewegungen gehören, das Gehen, Laufen, Aufrichten, Klettern, Springen u. s. w. werden von Principalcentren herbeigeführt, welche *unterhalb der Grosshirnrinde* im Hirn gelegen sind und von verschiedenen Seiten her die Anregung zur Thätigkeit erhalten. Aber die Extremitätenregionen üben dabei doch den wesentlichen Einfluss aus, dass sie die Gemeinschaftsbewegungen der gegenseitigen Extremitäten reguliren. Die Principalcentren, welche ebenso, wie die sensibeln Fasern oder Zellen des Rückenmarkes, nur mit den Rückenmarkscentren der obersten Glieder der Extremitäten in direkter Verbindung stehen und erst mittelbar durch diese Centren auch die Rückenmarkscentren der unteren Glieder in Erregung setzen können, führen blos die groben Geh-, Kletter-, Sprungbewegungen u. s. w. herbei, und die Extremitätenregionen vervollkommnen oder verfeinern die groben Bewegungen, indem sie ihrerseits Erregungen der Rückenmarkscentren, insbesondere der unteren Glieder der Extremitäten hinzufügen. Nach dem völligen Untergange der Extremitätenregionen bestehen demgemäss die Gemeinschaftsbewegungen der gegenseitigen Extremitäten, abgesehen von einer zeitweisen Beschränkung derselben in unmittelbarer Folge der Hirnverletzung, für die Dauer fort; aber sie erfolgen nur im Grossen und Ganzen wie in der Norm und bieten in den feineren Einzelheiten Ungeschicktheiten und Unvollkommenheiten, insbesondere bezüglich der Bewegungen der unteren Glieder dar. Andere Bewegungen der Extremitäten, als jene isolirten und diese Gemeinschaftsbewegungen kommen am unversehrten Affen schwerlich jemals vor; doch können nach der Vernichtung der Extremitätenregionen unter Umständen noch Gemeinschaftsbewegungen der Extremitäten dadurch herbeigeführt werden, dass die Rückenmarkscentren der Extremitäten, und zwar wiederum unmittelbar nur die Rückenmarkscentren ihrer obersten Glieder von anderen Rückenmarkscentren in Erregung gesetzt werden. Solchen sekundären Bewegungen (Mitbewegungen) der Extremitäten fehlt gleichfalls die Regulirung seitens der Extremitätenregionen, und sie sind deshalb ebenso unvollkommen und

ungeschickt, wie die anderen Gemeinschaftsbewegungen."

Rückschlüsse auf die normalen Leistungen der Gliederregionen der Affen sind lediglich aus den eben geschilderten Bewegungsstörungen zu machen, da sie die primären und nothwendigen Folgen des Verlustes der Gliederregionen darstellen. Die Contrakturen, mit denen sich Munk (7) fernerhin beschäftigt hat, sind nach seiner Ansicht dazu nicht geeignet. Zweierlei Contrakturen kommen nach Verletzung der Grosshirnregionen an den gegenseitigen Gliedern zur Beobachtung; die eine Art tritt selten auf und ausschliesslich nach partieller Zerstörung der Gliederregion. Am Tage nach der Verletzung oder an einem der folgenden Tage stellen sich an diesen oder jenen Muskeln der gegenseitigen Glieder Krämpfe ein, klonische und tonische Zuckungen, die zu mehr oder weniger starkem Tetanus führen. Die so entstandenen Contrakturen bestehen andauernd fort, mit Zuckungen abwechselnd; wenn der Affe sich ruhig hält, hören sie zuweilen auf und beginnen bei willkürlichen Bewegungen wieder. Der Tod des Thieres erfolgt in der ersten Woche. Fortdauernde Reizung der noch in übler Verfassung befindlichen Wunde, rothe Erweichung der Hirnsubstanz bedingen diese Contrakturen.

Die zweite Art von Contrakturen, die von der ersten völlig verschieden ist, kommt nach der Totalexstirpation der Gliederregion zu Stande. Die Wunde ist gut verheilt, meistens per primam. Der Eintritt der Contraktur folgt in einer späteren Zeit, nie folgt ein baldiger Tod, nie kommen Krämpfe dabei zur Beobachtung. Ob es zu diesen Contrakturen, die mit einem abnormen Widerstande gewisser Muskeln beginnen, kommen wird, hängt nicht von Variationen und der Verletzung des Nervensystems ab, sondern davon, ob der Affe nach der Verletzung eines seiner geschädigten Glieder weniger oder mehr bewegt. Die Muskeln aber, deren Verkürzung mit dem Sitzen verbunden ist, fallen früher oder später nach der Totalexstirpation der Contraktur anheim. Die Contraktur ist demnach eine Folge der ständigen Verkürzung der Muskeln. Man ist wirklich im Stande, die Contraktur dadurch hintan zu halten, dass man die Verkürzung der Muskeln künstlich unterbricht. Die Atrophie der Muskeln nach Totalexstirpation ist bedingt durch die mangelnde und seltene Inanspruchnahme.

So lehren die Affen mit Contrakturen nur, wie unter Umständen der Ausfall der isolirten Bewegungen der Glieder weitere üble Folgen nach sich zieht.

Weil der Affe in der Ruhe immer sitzt, verfallen an den durch die Totalexstirpation getroffenen Gliedern die beim Sitzen verkürzten Muskeln der Contraktur und ihre beim Sitzen gedehnten Antagonisten der raschen Atrophie. In Folge dessen kann es zu Paresen und Paralysen kommen, die nur sekundäre, man kann sagen zufällige Folgen des Verlustes der Gliederregionen darstellen.

Durch Reizung (beim Hunde) der nach vorn und aussen vom Rindencentrum der Glieder gelegenen Rindenstellen konnte L. Réthi (8) eine Reihe von complicirten, zweckmässig an einander gereibten Bewegungen auslösen: Kaubewegungen, denen meistens ein Schlingakt nachfolgte. Diese Bewegungen haben in jeder Hemisphäre ihre Vertretung.

Bei der Verfolgung der Bahnen, auf denen die Erregungen für die Bewegung des Kauens und des nachfolgenden Schlingaktes ablaufen, fand R., dass unterhalb oder innerhalb des Thalamus opticus zwischen den Stabkranzfasern und den Fasern des Pedunculus cerebri ein Centralorgan eingeschaltet ist, dessen Funktion es ist, auf den Willenreiz der Hirnrinde hin die ganze Bewegungsconcentration des normalen Fressens (Bewegungen der Kau-, Lippen- und Zungenmuskeln) und die Schluckbewegung auszulösen. R. hält dies für eines der eklatantesten Beispiele aus der Physiologie des Nervensystems für die Vorbildung einer Bewegungscombination und Succession in einem Centralorgane und der Abhängigkeit dieses letzteren von der Gehirnrinde. [Man vergleiche dazu, was oben Munk von den unterhalb der Hirnrinde gelegenen Principalcentren sagt. *Ref.*] Uebrigens bringt R. auch Beispiele aus der Pathologie zur Erhärtung seiner Ausführung bei.

An den infracortikalen Ganglien experimentirte ferner Theodor Wieting (9), vornehmlich um ihre Beziehungen zum epileptischen Anfalle zu studiren und um die Lehre seines Lehrers Unverricht von der *„cortikalen"* Theorie der Epilepsie zu prüfen. Man hat bekanntlich von verschiedenen Seiten den infracortikalen Centren auch ohne Betheiligung der Rinde eine wichtige Rolle beim Zustandekommen der Epilepsie zugeschrieben. Wenn man nur diejenigen Erscheinungen für eine Theorie des epileptischen Anfalles verwerthet, die nach Aufhören des Reizes durch ein Fortschreiten der eigenen Erregung gewisser Hirntheile sich ausbilden, so haben die an den infracortikalen Centren (Linsen- und Schleifkern, Sehhügel und Vierhügel) zu Tage getretenen motorischen Erscheinungen keine Bedeutung für die Erklärung des epileptischen Insultes. Auch Ziehen's „tonische Componente" des epileptischen Anfalles, die er in die Vierhügel verlegt, konnte von W. nicht bestätigt werden. Würde der Tonus selbständig von infracortikalen Ganglien hervorgebracht, so müsste nach Entfernung der Rinde die Reizung der Vierhügel z. B. einen die Reizung überdauernden Tonus hervorrufen, was nicht der Fall ist. Nach Unverricht-Wieting ist die Ursprungstelle des Tonus und Clonus eine gemeinschaftliche: die unversehrte Hirnrinde. Blieb nämlich der klonische Krampf partiell, so beschränkte sich der tonische auch nur auf die Glieder, die vom Clonus ergriffen

waren. Fasst man die zu Tage tretenden Zuckungen bei Reiznng der infracortikalen Centren als etwas Accidentelles, als sekundäre Krämpfe auf, so lässt sich eine Uebereinstimmung der cortikalen und der infracortikalen Theorie erzielen.

Dem Studium der Cirkulationstörungen im epileptischen Anfalle gelten die Untersuchungen Tochtermann's (10). Die Versuche ergaben, dass eine Stelle der motorischen Region der Rinde mit dem Gefässsystem in Beziehung steht, da jede Reizung derselben mit Pulsbeschleunigung und Blutdrucksteigerung beantwortet wird. Erhielt der Experimentator eine Wirkung von einer anderen Stelle aus, so sah er ein Uebergreifen der Erregung auf die motorische Region, was sich durch Auftreten von Zuckungen kundgab. Auch im epileptischen Anfalle hängt der Beginn der Veränderungen im Cirkulationapparate von der Erregung der motorischen Region ab, da die Blutdrucksteigerung sofort nach Reizung der betr. Region eintritt und erst mit Eintritt der Zuckungen in den Gliedern erscheint, wenn eine ausserhalb der motorischen Region gelegene Hirnrindenstelle in Angriff genommen wird. (Die *klinisch* von verschiedenen Autoren beobachtete Veränderung des Pulses wird durch die Blutdrucksteigerung der Experimente erklärt. Von einer Blutdruckherabsetzung nach dem Anfalle hat T. mit Ausnahme eines Falles nie etwas gesehen.)

Die Frage, ob die motorische Region (Rolandic area) auch sensible Funktion besitze, suchte Mott (11) durch Experimente an Affen in bejahendem Sinne zu beantworten, und über die so viel umstrittene Frage nach der Funktion der Stirnlappen (die schwierigste der Gehirnphysiologie) stellte Bianchi (12) Untersuchungen an. Im Allgemeinen stimmt er eher Hitzig, als Goltz und Munk zu. Hitzig glaubt zwar mit den letzteren Autoren, dass die Intelligenz in allen Theilen der Rinde des Gehirns gesucht werden muss, aber er behauptet doch, dass der abstrakte Gedanke nothwendig besondere Organe erfordert und dass diese Organe sich im Stirnhirn befinden.

Als präfrontalen Lappen bezeichnet B. den ganzen Theil, der nach vorn vor der Basis der Stirnwindung bleibt und elektrisch nicht im Geringsten reizbar ist. Die Störungen bei der Zerstörung dieser Zone (bei Hunden und Affen), die die psychische Sphäre betreffen, sind folgende: 1) Aufregung, Unruhe, ein fortwährendes zweckloses Hin- und Herlaufen mit nur kurzen und seltenen Pausen. 2) Mangel an Neugierde und an jenen Geberden, die den Affen eigenthümlich sind, sowie Gleichgültigkeit für Alles, was geschieht. 3) Mangel an Zuneigung für die anderen Affen und Thiere. 4) Herabminderung des Geschlechtstriebes. 5) Grössere Beweglichkeit und eine ausserordentliche Furcht vor Geräusch, Furcht vor dem Anblick anderer Thiere. 6) Mangel an Kritik und Ueberlegung (Essen von Gips, statt Zucker, weil es näher liegt). 7) Fressgierigkeit und Zusammenschleppen von Gegenständen ohne Unterscheidungsvermögen. [Vergleiche hierzu die Beobachtungen desselben Autors über ein- und doppelseitige Zerstörung der Stirnhirnpartien im vorigen Berichte. Jahrbb. CCXLIII. p. 83.]

Zu dem die Contraktionen des Detrusor der Blase beherrschenden Rindencentrum, das Bechterew schon früher aufdeckte, ist nun von demselben Experimentator ein solches für den Sphincter ani et vesicae hinzugekommen. Er (13) theilt kurz die Ergebnisse von J. Meyer mit, der in seinem Laboratorium Versuche angestellt hat. Die Ergebnisse sind unabhängig von Sherington's Untersuchungen erhalten, die an Affen ein Centrum für den Sphincter ani nachwiesen. Nach den Versuchen Meyer's liegt das Centrum für die Contraktionen des Sphincter ani etwas nach hinten von der Kreuzfurche im hinteren Sigmoidealwindungsabschnitt (bei Hunden); das Centrum für den Sphincter vesicae befindet sich im äusseren Theile des hinteren Sigmoidealwindungsabschnittes unmittelbar hinter dem äusseren Ende der Kreuzfurche.

B. *Pathologie.*

a) *Experimentelles und Tumoren.*

14) G. Bikeles u. Sigm. Kornfeld, Anatomische Befunde bei experimenteller Porencephalie am neugeborenen Hunde. Centr.-Bl. f. Physiol. VII. 9. 1893.

15) J. M. Charcot et A. Pitres, Sur quelques points controversés de la doctrine des localisations cérébrales. Arch. clin. de Bord. XIII. 9; Sept. 1894.

16) E. Brissaud, Localisation corticale des mouvements de la face. Progrès méd. XXI. 52. 1893.

17) O. Ackermann, Casuistische Beiträge zur Diagnostik der Hirntumoren. Deutsche med. Wchnschr. XIX. 22 u. 23. 1893.

Bikeles und Kornfeld (14) nahmen zwei Hunden im Alter von 6 Tagen den Gyrus sygmoideus fort, dem einen ganz oberflächlich, dem anderen etwas tiefer. Die Ventrikel wurden nicht eröffnet. Die so operirten Thiere entwickelten sich langsamer als andere, doch lernten sie geschickt laufen, ohne auszurutschen. Der Hund mit tiefer Exstirpation des Gyr. sygmoid. wurde 14 Wochen nach der Operation getödtet, da er stark abgemagert war und keine Nahrung mehr nahm. An der rechten Hemisphäre, an Stelle des Gyrus, befand sich eine durchscheinende Membran, bei deren Anstechen sich aus dem Ventrikel eine Menge seröser Flüssigkeit entleerte. An Stelle des Gyrus war eine grosse Lücke, die direkt in den rechten Seitenventrikel führte. Die erhaltenen Theile der rechten Hemisphäre zeigten sich stark verdünnt. Auf Schnittserien sah man, dass der Balken fehlte, von einer Verbindung beider Hemisphären war blos eine Spur vorhanden, unter der die Communikation beider Ventrikel begann. Auch an dem medialen, oberen Theile der rechten Hemisphäre war ein Zustand von Atrophie vorhanden. Der Thalamus opticus rechts war bedeutend in der Entwick-

lung zurückgeblieben. Die Befunde erinnern an die *Porencephalie*, die nach Kundrat Entwicklungshemmung in Folge einer Läsion, die einen in der Entwicklung begriffenen Organismus betroffen hat, darstellt. Von besonderem Interesse ist das gänzliche Fehlen einer Pyramidenbahn auf der operirten Seite in Pons und Medulla oblongata.

Die klinisch noch nicht sicheren Centren sind von J. M. Charcot und A. Pitres (15) einer längeren kritischen Untersuchung unterzogen worden. Kurz vor seinem Tode hatte Charcot mit Pitres ein grösseres Werk über funktionelle Lokalisation der Hirnrinde bearbeitet, wovon diese kritische Sichtung einen Abschnitt bildet. Als klinisch nicht sicher feststehende Centren bezeichnen Ch. und P.:

1) Die motorischen Rindencentra des Larynx, die bekanntlich Krause im vorderen und unteren Theile des Gyrus praefrontalis beider Hemisphären beim Hunde nachwies. Wahrscheinlich existirt auch für den Menschen ein bilaterales und symmetrisches Centrum, das Bewegungen der Stimmbänder vermittelt, am unteren Ende der Rolando'schen Furche, sicher erwiesen ist es aber noch nicht.

2) Das motorische Rindencentrum für die Drehung des Kopfes, das Ferrier für den Affen im hinteren Theile der ersten Frontalwindung nachwies.

3) Das Centrum für die Deviation conjugée der Augen und des Kopfes. Das von Cruveilhier, Guhler u. A. schon beobachtete, von Vulpian und Prevost genauer studirte Syndrom der conjugirten Deviation des Kopfes und der Augen, das namentlich bei schweren apoplektischen Insulten eintritt, wurde von Landonzy und Grasset einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Landonzy stellte die These auf, dass in jeder Hemisphäre am Fusse oder in der Nachbarschaft des unteren Parietallappens ein Centrum für diese Bewegung existire, und Grasset verlegte es an den Boden der Sylvius-Grube oder in den Gyrus angularis. Bei Reizung dieses Centrum geschehe die conjugirte Deviation nach der convulsivischen Seite, bei Lähmung des Centrum nach der gesunden Seite hin oder, wie Grasset sich ausdrückte, der Kranke sieht seine convulsivischen Glieder oder seine gesunden Glieder, d. h. seinen Hirnherd, an, letzteres, wenn Hemiparese vorhanden ist. Dieser klinischen Regel kann man nach Ch. und P. unbedingt zustimmen, der Lokalisation des Centrum gegenüber muss man jedoch Bedenken hegen. Dies gilt auch von Wernicke's Beobachtungen, dass einseitige Verletzung des unteren Parietallappens stets conjugirte Deviation hervorrufe, doppelseitige aber eine Ophthalmoplegia pseudonuclearis. Es giebt nämlich Verletzungen des unteren Parietallappens ohne Deviation und es kommt Deviation vor bei intakten Parietallappen. Die von Landonzy und Wernicke angeführten Fälle sind somit nicht unbedingt beweisend.

4) Das Centrum für den Levator palpebrae superioris, das Landonzy und Grasset in den Gyrus angularis verlegen.

5) Das Centrum für den oberen Facialisast.

6) Das Centrum für die Kaumuskulatur, das Beevor und Horsley beim Affen in den unteren Theil der aufsteigenden Stirnwindung verlegen. Was die Beziehungen der Sensibilitätsstörungen zu den Läsionen der motorischen Centren betrifft, so sind Ch. und P. der Ansicht, dass bei einem Theile der Sensibilitätsstörungen Erkrankungen der inneren Kapsel vorliegen, bei dem grösseren Theile aber funktionelle Störungen anzuschuldigen seien, wie sie ähnlich bei der hysterischen Anästhesie vorkommen. Solche Anästhesien sind jedenfalls nicht auf direkte Verletzungen der Rolando'schen Gegend zu beziehen. Bei der Jackson'schen *Epilepsie* endlich ist nur dann eine begrenzte Lokalisation in den motorischen Centren anzusprechen, wenn in der Zwischenzeit zwischen den Krampfanfällen dauernde mono- oder hemiplegische Lähmung besteht. Die in der motorischen Rindenregion nach alten Amputationen der Glieder auftretenden begrenzten Atrophien sind nicht constant vorhanden und entstehen vermuthlich in Folge des funktionellen Ausfalls eines Theiles der anatomischen Elemente der motorischen Centren.

Dass auch bei centraler Läsion der *gesammte* Facialis betheiligt sein kann, beweist der Fall, den E. Brissaud (16) mittheilt:

80jähr. Person; Vitium cordis, rechtsseitige Lähmung nach Apoplexie. Gliederlähmung nach 2 Jahren gebessert; aber vollständige rechtsseitige Facialisparalyse vorhanden. Es fand sich ein gelber Erweichungsherd im unteren Viertel der hinteren Centralwindung, bis an die Insel reichend.

Für die Diagnose der *Tumoren* von Wichtigkeit sind die 5 Fälle, die Ackermann (17) ausführlich mittheilt: Zwei Kleinhirn- und drei Grosshirntumoren. Die letzteren betreffen:

1) 47jähr. Kranke. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose eines Tumor cerebri wurde vorzugsweise auf die successiv eingetretene Hemiplegie begründet. Der Sitz des bei der *Sektion* gefundenen Tumor (eines Rund- und Spindelzellensarkoms) war in dem Marklager des Gyrus fornicatus und Lobulus quadratus. Die Hemiplegia dextra musste somit als Fernwirkung gedeutet werden, worauf auch die Intensitätsunterschiede zu verschiedenen Zeiten hindeuteten. Beugecontraktur des (paretischen) Gliedes mit späterem Nachlassen bei vollständiger Lähmung kommt häufig bei Tumoren vor, die nicht sofort zerstören, sondern durch Druck erst reizen und durch Wachsen des Druckes schliesslich lähmen. Die conjugirte Deviation der Augen, die bei dieser Kranken beobachtet wurde, war anfänglich nach rechts, erst später nach links gerichtet, der Seite der Läsion, eine Bestätigung der Prevost'schen Regel: le malade regarde sa lésion, s'il y a paralysie, il regarde ses membres convulsés, s'il y a excitation. Leichtenstern, unter dem die Arbeit A.'s entstanden ist, hat diesen Punkt wiederholt am Krankenbette der Pat. erörtert. [Vergl. übrigens Leichtenstern: Die conjugirte seitliche Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten (Deutsche med. Wchnschr. p. 542 u. 597. 1881) und Hunnius: Zur Symptomatologie der Brückenerkrankungen und über die conjugirte Deviation der Augen bei Hirnkrankheiten. Bonn 1881.]

2) 47jähr. Mann. Hier handelte es sich um ein scharf umschriebenes Gliosarkom an der Oberfläche des rechten Gyrus angularis, das bis in das Centrum semiovale sich keilförmig fortsetzte. Die successive Hemiplegie, der Wechsel in ihrer Intensität, die unvollständige Lähmung liessen intra vitam die Annahme begründen, dass der Herd nicht die motorischen Centren und Bahnen selbst zerstört habe, sondern in der Nachbarschaft gelegen sei. Trotz der mangelnden Aufmerksamkeit des Kranken konnte eine Herabsetzung des Tast- und Schmerzsinnes auf der ganzen linken paretischen Körperhälfte nachgewiesen werden, was vielleicht von Wichtigkeit für die Diagnose von Herden im Gyrus angularis ist. Es bestanden keine conjugirte Deviation der Augen, keine Hemianopsie, keine Amblyopie; somit spricht der Fall nicht dafür, dass beim Menschen der Gyrus angularis ein Centrum für die synergischen, seitlichen Bewegungen der Bulbi berge, noch auch dafür, dass, wie Ferrier und Ice bei Thieren annahmen, die Rinde des Gyrus angularis der Sitz eines „höheren Gesichtscentrum" sei.

3) 46jähr. Mann. Hier wurde die Diagnose Hirntumor intra vitam nicht gestellt. Der Pat. war Potator strenuus und die Anfälle von Schwindel und Bewusstlosigkeit, die er angab und die auch beobachtet wurden, deutete man als vertige épileptique. Die Benommenheit, die Paraphasie, die schnell in totale Aphasia überging, die eben angedeutete Parese des Facialis und der Glieder rechts wiesen auf eine Herderkrankung der linken Grosshirnhälfte hin, etwa Hämorrhagie oder Embolie, bez. Thrombose. Auch wurde die Möglichkeit einer Pachymeningitis haemorrhagica von Leichtenstern erörtert.

Man war daher erstaunt, einen Tumor (kleinzelliges Rundzellensarkom) im linken Gyrus uncinatus bei der *Sektion* zu finden. Es ist bei der funktionell so wenig bedeutenden Stelle unwahrscheinlich, dass bei längerer Beobachtung der Tumor entdeckt werden wäre. Der Gyrus uncinatus soll das Centrum für die Riechvorstellungen enthalten. Wahrscheinlich standen die Anfälle von Schwindel und Bewusstseinsverlust in causalem Zusammenhange mit dem Tumor.

Die übrigen, die Symptomatologie der Tumoren betreffenden Arbeiten finden ihre Erledigung beim Capitel *Chirurgie*.

b) *Aphasie und verwandte Zustände.*

18) Leopold Treitel, Ueber Aphasie im Kindesalter. *v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 64. 1893.

19) Donald Fraser, On a case of sensory aphasia or word deafness, with the clinical and pathological record; with a case of functional auditory amnesia. Glasgow med. Journ. XXXIX. 2. p. 81. Febr. 1893.

20) J. Fahar, 3 Fälle von Aphasie. Ver.-Bl. d. Pfälz. Aerzte X. 1894.

21) P. Ladame, Note sur une observation de localisation corticale motrice avec autopsie. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 3; Mars 20. 1893.

22) J. Leva, Zur Lokalisation der Aphasie. Virchow's Arch. CXXXII. 2. p. 333. 1893.

23) Harding, H. Temkins, A case of sensory aphasia accompanied by word deafness, word blindness and agraphia. Brit. med. Journ. April 28. 1894.

24) Hans Gossan, Ueber 2 Fälle von Aphasie. Arch. f. Psych. u. s. w. XXV. 1. p. 74. 1893.

25) R. Sommer, Zur Theorie d. cerebralen Schreib- u. Lesestörungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. V. 3. 1893.

26) R. Sommer, Die Dyslexie als funktionelle Störung. Arch. f. Psych. u. s. w. XXV. 5. p. 305. 1893.

27) L. Bruns in Hannover, Ein neuer Fall von Alexie mit rechtseitiger homonymer Hemianopsie (subcortikaler Alexie Wernicke) mit Sektionsbefund. Zugleich Bericht über den weiteren Verlauf u. die anatom. Untersuchung des unter gleichem Titel im Neurol. Centr.-Bl. (Nr. 17 u. 18. 1888) veröffentlichten Falles. Neurol. Centr.-Bl. XIII. 1 u. 2. 1894.

28) Dejerine et Vialet, Contribution à l'étude de la localisation anatomique de la cécité verbale pure. Compt. rend. de la Soc. de Biol. Séance du Juillet 29. 1893.

29) L. Bianchi, Klinischer u. pathologisch-anatomischer Beitrag zur Lehre von der Worthlindheit (optische Aphasie). Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 14. 1894.

30) M. Köppen, Ein Fall von urämischer Psychose mit Symptomen der Rindenblindheit. Charité-Annalen XVIII. 1893.

31) H. Magnus, Ein Fall von Rindenblindheit. Deutsche med. Wchnschr. XX. 4. 1894.

32) E. Bleuler, Ein Fall von aphasischen Symptomen, Hemianopsia, amnestischer Farbenblindheit u. Seelenlähmung. Arch. f. Psych. u. s. w. XXV. 1. p. 32. 1893.

33) J. G. Edgren in Stockholm, Amusia (musikalische Aphasie). Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VI. 1 u. 2. 1894.

34) Paul Blocq, De l'aphasie. Extrait des Ann. de Méd. scient. et prat. Nr. 7. 8. 10. 12; Févr. 15 et 22; Mars 8 et 22. 1893.

35) A. Pitres, Les aphasies, rapport lu au congrès de Médecine interne de Lyon. Gaz. hebd. de Méd. et de Chir. XLI. 46. 1894.

36) Bernheim, Des aphasies, rapport lu au congrès de Médecine interne de Lyon. Ibidem Nr. 45.

37) Paul Blocq, L'Amusie. Gaz. hebd. XL. 8. 1893.

Es giebt, wie Treitel (18) ausführt, zwei Formen von *Aphasie im Kindesalter:* 1) eine angeborene Aphasie, Stummheit ohne Taubheit oder *Hörstummheit* (nach Coën), 2) eine erworbene Aphasie.

Die angeborene Form hat eine entfernte Aehnlichkeit mit der motorischen Aphasie Erwachsener, ist jedoch eine ganz andere Störung, da bei dem stummen Kinde von einem motorischen Sprachcentrum noch nicht die Rede sein kann. Da Sektionen fehlen, so ist von einem anatomischen Sitze dieser „Aphasie" überhaupt nicht zu reden. Da die meisten der hörstummen Kinder „ja" und „nein" sagen können, so scheint die Auffassung vielleicht richtig, dass bei der Mehrzahl eine Hemmung in der Entwickelung des Gedächtnisses stattgefunden hat.

Treitel führt einige Beispiele aus der Literatur an und fügt eigene bei; auch solche von „Spätsprechenlernen", die zum besseren Verständnisse der angeborenen Aphasie dienen sollen.

Von den *erworbenen* Aphasien der Kinder stehen den angeborenen am nächsten: 1) die durch Stottern entstandenen, 2) die hysterischen, 3) die Reflexaphasien, 4) die choreatischen.

Aphasie bei Kindern ist ferner beobachtet nach apoplektischen Insulten. Clarus stellte fest, dass unter 17 Fällen, in denen bei Kindern die Aphasie in Folge eines Hirntumor auftrat, sich 9mal ein Herd in der linken, 5mal in der rechten Hemisphäre und 3mal im Kleinhirn und Pons befand.

D. Fraser (19) bezeichnet als angeborene Worttaubheit den Zustand eines 13jähr. Knaben, der nach längerem Unterrichte niemals lesen gelernt hat; sprechen konnte der Knabe ganz gut, auch singen, wobei er

die Textworte jedoch manchmal falsch wiedergab. Auch schwere Worte konnte er, wenn er sie nach einigen Minuten wiederholen sollte, nicht richtig aussprechen.

J. Faber (20) berichtet von einem 7jähr. Mädchen, das ziemlich gut lesen und schreiben konnte und nach einem Falle auf den Kopf nach Verlauf von 10 Tagen einen klonischen Krampfanfall mit Verlust der Sprache erlitt. Es blieb 5 Monate lang sprachlos. F. vermuthete einen Bluterguss auf den linken Hirnwindungen und glaubt, dass durch Anwendung des galvanischen Stroms (3—5 Min. lang. Anode auf der Schädelstelle, die der 3. linken Hirnwindung entsprach, und Kathode in der Hand) die Sprache innerhalb eines Vierteljahres wiedergekehrt sei. [Die „kataphorische Wirkung des Stromes" wird wohl mit der durch die Natur bewirkten Resorption zusammengefallen sein. Ref.] Ferner berichtet er über einen 5jähr. Knaben, der einen Sturz auf den Kopf erlitt. Hier trat nach 6 Wochen ein Krampfanfall an: klonische Krämpfe der linken Körperseite 1 Tag lang, Sprachlosigkeit. Wiederholung der Krämpfe 14 Tage lang, dann Aphasie, die einige Stunden dauerte. F. nimmt hier sekundäre Reizung des Sprachcentrum auf dem Wege der Commissurenfasern von der rechten 3. Stirnwindung her an.

Hinsichtlich der *„motorischen"* Aphasie liegt ein Fall von Ladame (21) mit Sektionsbefund vor, der eine Bestätigung der für diese seit längerer Zeit angenommene Lokalisation bietet.

Eine 48jähr. Schneiderin erlitt mehrere apoplektische Insulte. Danach unvollständige rechtseitige Gliederlähmung, namentlich des rechten Arms, motorische Aphasie, so dass schliesslich nur noch das eine Wort „non" herauskam. Keine Sensibilität- oder vasomotorische Störung. Epileptiformer Anfall, Tod im Koma.

Die *Sektion* deckte einen gelben Erweichungsherd im unteren Drittel der vorderen Centralwindung und am Fusse der 3. linken Stirnwindung linkerseits auf. Ein Horizontalschnitt unterhalb der Sylvi'sche Fissur zeigte die mittlere Inselwindung vollständig zerstört.

In einem Falle von Faber (20) ist man hinsichtlich der anzuschuldigenden Stelle nur auf Vermuthungen angewiesen.

Ein 50jähr. Mann erlitt Schläge mit einem Dreschflegel auf den Kopf. Sofortiger Verlust der Sprache und des Gehörs. Am 5. Tage konnte Pat. wieder hören und sprechen. F. vermuthete einen kleinen Bluterguss am hinteren Drittel der 3. linken Stirnwindung und ferner einen Bluterguss an einer kleinen Stelle, der Broca'schen Stelle, gegenüber dem Schläfenlappen (in der Fossa Sylvii) und meint, dass hier vielleicht das Centrum für Rindentaubheit läge.

J. Leva (22) theilt 7 Fälle mit, die bemerkenswerthe Beiträge zur Lokalisation der Aphasie liefern. Ausführlich ist der erste Fall mitgetheilt, ein „von der Natur glücklich angestelltes Experiment zur Erzeugung einer *„sensorischen Aphasie"*.

Es handelte sich um einen 26jähr. Weber, der im August und December 1885 apoplektische Insulte mit Verlust der Sprache und Lähmung der rechten Körperseite erlitten hatte, nachdem längere Zeit Husten mit schleimig-eitrigem Auswurfe vorausgegangen war.

Die Diagnose im Spital (Prof. Eichhorst) lautete: Tuberculosis pulmon. cavernos. duplex, Thrombosis arter. foss. Sylv. sin., Thrombosis marant. venar. cranialium.

Der Sektionsbefund hinsichtlich des Gehirns ergab eine Cyste, die das Gebiet der obersten linken Schläfenwindung und ein solches 2 mm vom obersten Rande der 2. Schläfenwindung einnahm. Die Cyste reichte nach vorn bis 1 cm vor der vorderen Spitze der oberen Schläfenwindung, nach hinten blieb sie 2—2½ cm von deren hinteram Ende entfernt; nach innen griff sie noch auf die beiden äusseren Glieder das Linsenkerns über.

Die Sprachstörung liess ursprünglich eine totale Aphasie erkennen, von der einzelne Störungen nach und nach zurücktraten, so dass schliesslich eine ausgesprochene sensorische Aphasie resultirte; es zeigte sich dabei: mangelhaftes Sprachverständniss, mangelhaftes Ausdrucksvermögen, Unfähigkeit des Lesens, fehlendes Verständniss für die Schrift, Unfähigkeit zu schreiben (nach Diktat und nach Copie), ordentliches Nachsprechen, Erhaltung der willkürlichen Sprache. Diesem Symptomencomplex entspricht die Läsion der linken 1. und 2. Schläfenwindung.

Da der Herd ein verhältnissmässig sehr kleines, gut abgegrenztes Gebiet einnahm, so bietet er ein werthvolles Objekt für die Lokalisation.

Ein 2. Fall ist diesem gegenübergestellt, um den Beweis zu erbringen, dass der untere Theil der 2. und die 3. Schläfenwindung zerstört sein können, ohne dass aphatische Störungen vorhanden sind.

Fall 3 ist ein brauchbares Beispiel für die typische Lokalisation der motorischen Aphasie in der 3. Stirnwindung.

Fall 4 lässt dann wieder eine sensorische (und amnestische) Aphasie erkennen bei einer Zerstörung eines 2 cm grossen Stückes des hinteren Theils der 1. Schläfenwindung und dem Ergriffensein der 1. und 2.. theilweise auch der hinteren Inselwindung links. Dass die 2. Schläfenwindung intakt war, ist nicht weiter verwunderlich.

Fall 5, 6 und 7 wiesen Herde im linken Linsenkorne auf, die sich verschieden weit gegen die Insel hinstreckten, aber diese nirgends erreichten. Trotzdem haben wir es in Fall 5 und 6 mit motorischer, in Fall 7 mit totaler Aphasie zu thun. Man muss in diesen Fällen auf Fernwirkung schliessen und annehmen, dass bei längerer Dauer (die Kranken gingen alle sehr schnell zu Grunde) ein Ausgleich der aphatischen Erscheinungen vielleicht eingetreten wäre. Während diese 3 letzten Fälle nur eine 3wöchige Dauer hatten, zeigten die ersten eine Dauer von 3—6 Monaten.

Eine Läsion des Hörcentrum bestand in einem Falle von Donald Fraser (19). Die Sektion eines 60jähr. Mannes, der vor 17 Jahren eine Apoplexie mit rechtseitiger Lähmung und Sprachstörung erlitten hatte, zeigte an der linken Hemisphäre einen deutlichen Eindruck in der Gegend der Pars post. der Fossa Sylvii. Nach Ablösung der Pia fand man deutliche Atrophie des Gyrus opercularis und des Gyrus tempor. superior. Aus der Läsion des Gehörcentrum wurden die im Leben beobachteten Erscheinungen von sensorischer Aphasie erklärt.

Ohne Sektionbefund ist ein Fall, der Harding H. Tomkins (23) angehört: Plötzliche Aphasie bei einem 40jähr. Hämophileu, der an Herzhypertrophie litt. Worttaubheit, Wortblindheit. Verschiedene Anfälle von Bewusstlosigkeit und Convulsionen. Tod im Koma. Wahrscheinlich Blutung aus den hinteren Endzweigen der mittleren Centralarterie.

Die beiden von Gnasen (24) mitgetheilten Fälle entbehren zwar ebenfalls des Sektionbefundes, zeichnen sich aber durch eine minutiöse Untersuchung nach dem Riegar'schen Schema für ein „Inventar der menschlichen Intelligenz" aus.

1) Eine 36jähr. Arbeiterfrau erlitt 19 Tage nach ihrer ersten Entbindung einen Schlaganfall mit Lähmung der rechten Körperhälfte und Störung der Sprache. Die Untersuchung ergab „Wortblindheit", wie in den Fällen von Bruns und Stölting, Brandenburg u. A. Am meisten gestört war das optische Gedächtniss; es wurden nur drei Buchstabenbilder behalten. Auch das akustische Gedächtniss war merklich herabgesetzt. In gleicher Weise ergab sich auch für die anderen Sinnesgebiete (nur Geruch und Geschmack waren davon ausgenommen) ein schlechtes Gedächtniss. Die Thätigkeit der unmittelbaren Nachahmung, wobei die Associationen zwischen dem optischen und dem motorischen Centrum hauptsächlich in Frage kommen, war gering, da Nachschreiben und Nachzeichnen sehr mangelhaft sich erwiesen. Intellektuelle

Vorgänge, die auf rein inneren Associationen beruhen, waren stark herabgesetzt. Das Lesevermögen war sehr beschränkt: einfache, kurze Silben wurden nur dann gelesen, wenn sie vorher laut buchstabirt waren. Alles in Allem genommen, handelte es sich vorwiegend um eine Herabsetzung des *optischen* Erinnerungvermögens, weshalb beim Versuch einer Lokalisation die optische Sphäre zunächst anzuschuldigen sein dürfte.

2) Eine 46jähr. Frau trug Spuren von Lues. Verschiedene apoplektische Anfälle mit Sprachstörung und Hemiplegie waren voranfgegangen. Die sprachlichen Störungen boten das typische Bild der Paraphasie, das beim Lesen und Schreiben in gleicher Weise wiederkehrte (Paralexie, Paragraphie). Das Gedächtniss für frische Eindrücke war herabgesetzt: für die zeitliche Folge optischer Reize war es so gering, dass nur drei Buchstabenbilder in der richtigen, vorgelegten Ordnung aneinandergereiht werden konnten. Das Erinnerungvermögen für taktile Eindrücke war sehr schlecht. Während im ersten Falle die Association zwischen optischem und akustischem Centrum gestört war, wurden hier die Eindrücke sehr gut in Erinnerung behalten, aber die Klangbilder mancher Worte waren gänzlich vergessen. Will man bei der 2. Kr. lokalisiren, so wird man das linkseitige Hörcentrum anzuschuldigen haben.

Beobachtungen, die für die *Theorie des Lesens und Schreibens*, besonders in Beziehung auf die Combination von Buchstaben zu Worten von Bedeutung sind, stellte R. Sommer (25) an.

Es handelte sich dahei um einen 60jähr. Bauer, der $1^1/_2$ Jahre vorher einen Schlaganfall mit Lähmung des rechten Armes und Beines erlitten hatte. Gleich nach dem Schlaganfalle hat er nicht mehr lesen und schreiben können. Die rechtseitige Lähmung besserte sich schon nach 14 Tagen. In der ersten Zeit fand der Kr. die Worte manchmal nicht.

S. zieht aus den mit dem Patienten angestellten sorgfältigen Untersuchungen folgende Schlüsse: 1) Es kann nach Auftreten eines apoplektischen Herdes in der linken Hemisphäre (der im vorliegenden Falle wahrscheinlich nach rückwärts vom mittleren Drittel des Gyrus centralis posterior liegt) partielle Buchstaben-Alexie entstehen. 2) Neben den Buchstabenbildern, die bleibend bekannt sind, und denen, die bleibend unbekannt sind, werden einige Buchstaben bald erkannt, bald nicht — ein Wechsel der Funktionfähigkeit, der verwandt ist mit den Erscheinungen der *Dyslexie* (siehe unten). 3) Die Fähigkeit des Lesens lässt sich nicht als Resultat aus dem Erkennen von Buchstaben und der Fähigkeit, die Laute in Erinnerung zu halten, erklären. Die Verbindung von Lautreihen zu Worten ist eine gesonderte Funktion. 4) Da es principiell falsch ist, zu jeder psychischen Funktion ein Centrum im Gehirn zu suchen, so ist das Postulat eines „Buchstabenfügungscentrum" (Weissenberg) zu verwerfen. 5) Vielleicht beruht das Zusammenfügen von auswendig gelernten Lautreihen, das bei dem Kr. stark gestört war, auf der Fähigkeit, die Laute mit so grosser Geschwindigkeit hintereinander zu denken, dass sie zu einem Worte verschmelzen. 6) Bei partieller Buchstaben-Alexie kommt es vor, dass die Buchstaben, die erkannt, d. h. mit Lauten genannt werden, beim Vorsprechen der gleichen Laute nicht geschrieben werden können. 7) Andererseits können beim Diktatschreiben Schriftbilder producirt werden, die beim Lesen nicht erkannt worden sind. Es können ferner bei fast völliger Unfähigkeit, zu vorgesprochenen Lauten Buchstabenzeichen zu produciren, gewisse zusammenhängende Worte geschrieben werden. Das beweist, dass zum Schreiben das Vorhandensein zu den einzelnen producirten Buchstaben entsprechender Laute im Bewusstsein des Schreibenden nicht unbedingt in allen Fällen nothwendig ist.

Den Uebergang von *Dyslexie* zur *Eulexie* und von *Dyslexie* zur *Alexie* zeigen zwei Fälle, die R. Sommer (26) weiterhin mittheilt.

1) (Beobachtung von Prof. Rieger aus früheren Jahren.) Ein 66jähr. Fabrikarbeiter erlitt einen Schlaganfall im Zusammenhange mit chron. Nephritis. Bewusstlosigkeit. Der Kr. konnte längere Zeit nicht gehen. Die Sprache war für einige Tage erschwert, das Lesen seit dem Schlaganfalle nicht so gut wie sonst möglich. Anfangs las der Kr. correkt vor, dann ermüdete er und stockte. Er gab selbst an, nicht mehr lesen zu können, wenigstens verstehe er längere zusammenhängende Stücke nicht.

In der linken Hemisphäre fand man zwei Erweichungsherde: einen am Fusse der zweiten Stirnwindung und einen am hinteren, oberen Ende der ersten Temporalwindung und am Gyrus supramarginalis.

Dieser Fall bietet vielleicht den Uebergang zu den Grenzfällen des normalen Lesens, in denen man nach langem Vorlesen stark ermüdet, bis man die Worte kaum mehr zusammenbringt. Berlin's Kranke konnten meist nur 3—4 Worte hintereinander lesen, während bei diesem Pat. die Lesestörung oft erst eintrat, wenn er mehrere Sätze gelesen hatte.

2) Eine (von Sommer selbst beobachtete) 44jähr. Gemüsehändlerfrau. $3^1/_2$ Monate vor Aufnahme vorübergehende Bewusstlosigkeit, linkseitige Hemiplegie; Benommenheit. Theilweise Rückbildung der hemiplegischen Erscheinungen nach antiluetischer Behandlung. Bei der Aufnahme zeigte die Pat. neben einer Reihe paralytischer Symptome eine eigenthümliche Lesestörung. An der Netzhaut beiderseits Blutungen. Die Annahme liegt nahe, dass es sich um progressive Paralyse handelte.

Hinsichtlich des Vorkommens von psychischen Herdsymptomen bei progressiver Paralyse im Gebiete des Lesens, weist S. auf die Arbeit Rieger's: Zur Kenntniss der progressiven Paralyse (Sitz.-Ber. der physik.-med. Ges. zu Würzburg am 13. Dec. 1884) hin. Die Natur der Lesestörung in diesem Falle unterscheidet sich allerdings durchaus von den dort beschriebenen Zuständen, denn Wortverdrehungen und Verstümmelungen fehlen hier und nur das Symptom der psychischen Nachwirkung ist gemeinsam. Dyslexie fehlte in R.'s Fällen anscheinend ganz. Gemeinsam ist der allgemeine diagnostische Satz, dass isolirte psychische Ausfallserscheinungen, z. B. in der Funktion des Lesens, nicht gegen die Annahme einer diffusen Gehirnparalyse sprechen.

Die *Sektion* in dem Falle Sommer's ergab, was das Gehirn betrifft, mässigen Hydrocephalus externus. In den Maschen der Arachnoidea Flüssigkeit. Sämmtliche Gehirnarterien zeigten bis in ihre feinsten, sichtbaren Verzweigungen grosse Mengen von weisslichen kleinen Flecken, die sich als atheromatöse Verdickungen auswiesen.

Die sorgfältig vorgenommenen Leseproben bei dieser Pat. führen S. zu folgenden Aufstellungen: 1) Es giebt eine complicirte Lesestörung, die sich aus a) Dyslexie, b) abnormer psychischer Nachwirkung, c) aus einer auf ungehemmten Wortassociationen beruhenden Paraphasie zusammensetzt, bez. darans entsteht. 2) Die Dyslexie ist eine von der Alexie nur gradweise verschiedene Störung. 3) Die Dyslexie mit der Aufeinanderfolge von Leistungfähigkeit und Leistungunfähigkeit ist ein Typns der funktionellen Störungen ohne grob anatomische Zerstörung der Nervensubstanz. 4) In den Fällen, in denen bei Dyslexie ein anatomisch nachweisbarer Hirnherd vorhanden ist, ist diese Störung als Fernwirkung des Herdes auf anatomisch intakte Gehirntheile aufzufassen. 5) Eine Lokalisation eines „Lesecentrum" in die Gehirntheile, die nach der klinischen Beobachtung von Dyslexie bei einem Menschen zerstört gefunden werden, ist principiell falsch. 6) Es hat sich im vorliegenden Falle eine Periodicität im Verständnisse für Worte, Buchstaben nnd Zahlen gezeigt. Die Reihen erwiesen sich als zusammengesetzt aus Perioden, von denen jede einen Wechsel von Funktionfähigkeit und Funktionunfähigkeit zeigte. Die Dyslexie ist theoretisch als Anfangglied einer periodischen Reihe aufzufassen.

Im CCXXII. Bande unserer Jahrbücher p. 237 ist von einem Falle berichtet, den Bruns und Stölting als *subcortikale Alexie* bezeichnet hatten. Es mangelte damals der Sektionsbericht, der später von L. Brnns (27) mit der weiter fortgeführten Krankengeschichte geliefert worden ist.

Es bestand damals: Rechts Hemianopsie. Lesen für gedruckte Bucbstaben orschwert, für Worte unmöglich. Geschriebene Schrift ward schreibend gelesen. Scbreiben spontan und auf Diktat sehr gut, Abschreihen nnmöglich. Zahlen wnrden gut gelesen. Vorgehaltene Objekte wurden erkannt, vorlangsamt oder gar nicht benannt. Betasten half oft schneller auf den Namnn. Der weitere Verlauf zeichnete sich dnrch erhebliche Schwanknngen, namentlich in der Lesefähigkeit aue. Einmal ging es viel besser, dann wieder (nach einem Scblaganfalle) war sie absolnt vernichtet. Dann wieder verschwand die Alexie vollständig, sogar Abschreiben war möglich; noch später wurda das Lesen wieder unmöglich.

Die *Sektion* orgab onorme Atheromatose aller grossen Arterien und ihrer Aeste an der Basis, einen kirschkerngrossen, gelbröthlichen Erweiohungsherd im Marke des unteren Bogens des linken *Gyrus angularis*, einen eben so grossen, dicht unter der Rinde des linken Cunens, einen etwas grösseren in der Decke des Hinterhirns des rechten Seitenventrikels unterhalb des oberen Parietallappens.

Ein anderer von Bruns beobachteter Fall betrifft eine 32jähr. Frau. Seit einer Lungenentzündung im October 1890 Kopfschmerzen, im Sommer 1891 hoftigos Erbrechen, besonders morgens. Die orsten subjektiven Störungen im Februar 1891: Flimmern, Schwindel, Doppeltsehen. Im Januar 1892 $^1/_2$stündige vollständige Erblindnng. Im Herbst 1891 zuerst Sprachstörungen, Verlust der Lesefähigkeit.

Die Kr. ging mit leichtem Schwanken und leichtestem Nachziehen des rechten Beines; Schwindelanfälle. Sie sprach langsam, verstand aber jeda Frage. Kopfschmerzen, frische Stauungspapille auf beiden Augen, ohne Blutungen. Typische rechtseitige Hemianopsie, häufig minutenlange vollkommene Erhlindung. Störungen im rechten Facialis; laichte Parese dor rechten Glieder, rechts Patellar- und Achillesclonus. Das Sprachverständniss war voll erhalten, aber die Pat. versprach sich nicht selten, wobei es sich mehr um literale oder syllabale *Paraphasie*, als um das Verwechseln ganzer Worte handelte. Auffällig war, wie wenig Hauptwörter in dor Rede vorkamen. Es fand meistens nur ein Erkennen, kein Benennon des Gegenstandes statt. Am erhahlichsten war die Lesefähigkeit gestört. Buchstaben und Objektbilder wurden vom Ange aus sichor erkannt, konnten aber nicht benannt werden. Eigentliche literale Aloxie bestand also nicht, dagegen bestand vollkommene verbale Alexie: Unmöglichkeit des Erkennens für Worte (abgesehen von ganz kurzen), Unmöglichkeit des Lautlesens. Schreiben war schlecht, doch gelang es, in guten Zeiten einzelne Worte spontan und auf Diktat richtig zu schreiben. Abschreiben ging gar nicht.

Dio Diagnose lautete: Tumor im linken Hinterhauptslappen. Ueber die *Operation* siehe unter *Chirurgie*.

Sektion: Keine Meningitis. An der Basis auf dem vorderen Ende des linken Gyrus occipitotemporalis medialis (Gyrus hippocampi und unons) eine burgunderrothe, gelappte und flache Geschwulst, die den linken Tractus opticus bedeckte. Auf der Convexität ein kastaniengrosser Tumor am hinteren Endo der 1. und 2. Temporalwindung links. dicht am Gyrus angularis, der sich $1^1/_2$ cm von der Rinde in's Mark erstreckte, central erwoicht war. Im Markn des linken Hinterbauptlappens eino blntreiche, diffuse, in die umgebende Hirnmasse übergebendo Geschwulst. Allo 3 Tumoren waren Gliosarkome. Der Tumor im Marke des Occipitallappens war der grösste, am meisten central orweichte, somit wohl der alteste. Am frischesten schien der auf dem linken Gyrus occipitotemporalis medialis aufliegende zu sein. Da bei der Operation das hintere Enda der 1. und 2. linken Schläfenwindnng mit freigelegt worden war, so ist der dort befindliche Tumor erst nach dar Operation gewachsen.

Br. knüpft an diesen Fall eine Reihe interessanter, epikritischer Bemerkungen. Hinsichtlich der Sprachstörung sei hervorgehoben, dass die im allerletzten Stadium beobachtete *Worttaubheit* vorher niemals beobachtet war. Sie ist auf den Tumor, der, wie oben bemerkt, bei der Operation noch nicht vorhanden war und von der Rinde ausgehend in's Mark des hinteren Endes der beiden oberen Schläfenwindungen wuchs, zu schieben. Ehe die Worttaubheit hinzukam, boten die aphatischen Störungen das reine Bild der *subcortikalen Alexie* Wernicke's oder der *optischen Aphasie* Freud's. Auch dieser Fall ist mit der von Stölting und Bruns früher gegebenen Theorie, der die meisten Autoren zustimmen, in Einklang zu bringen. Sie lautet: Die lautliche Bezeichnnng eines Objektes kann von jeder einzelnen sinnlichen Componente des konkreten Begriffes auf dem Wege ihrer Verbindungsbahnen zum Sprachcentrum ausgelöst werden, meistens wird aber dazu die Componente und ihre Sprachbahn benutzt, die bei der Gelegenheit von innen oder aussen auf's Nene angeregt wird. Beim Vorhalten eines Objektes ist das die optische Componente, der Weg die Associationbahn von den beiden optischen zum nur links gelegenen Sprachcentrum. Ist dieser Weg undurchgängig geworden, so wird der Name eines Objektes nicht gleich oder gar nicht gefunden werden. Bei Verzögerung tritt

ein Umweg ein, indem von der optischen Componente erst andere sinnliche Componenten des Gegenstandes angeregt werden. Wenn aber die optische Componente die ganz überwiegende sinnliche Componente des Objektbegriffes ist, ist dieser Umweg schwer möglich: das erkannte Objekt wird auch nach längerem Besinnen nicht genannt. Giebt man in reinen Fällen optischer Aphasie den Gegenstand zum Betasten oder zum Beriechen, so wird die Sinnescomponente auf's Neue angeregt und von hier aus der Name rasch gefunden, das wird aber nur bei einem Theile der Ghjekte der Fall sein können und individuellen Schwierigkeiten unterliegen.

Dejerine und Vialet (28) unterzogen das Gehirn des im vorigen Berichte erwähnten Kranken mit *reiner Wortblindheit* einer genaueren mikroskopischen Untersuchung und fanden, dass die Degeneration der linken Hemisphäre, von der die Rede war, bis in's Tapetum reichte, ja dass das Ventrikelependym stellenweise erreicht war, dass die Sehstrahlungen und das untere Längsbündel im Niveau der unteren Wand des Unterhorns zerstört waren. Sie nehmen daher an, dass in dem unteren Theile des unteren Längsbündels (von Burdach) die Associationfaseru zwischen optischem Centrum und Sprachcentrum verlaufen.

Einen ferneren Beitrag zur *Wortblindheit* in klinischer und pathologisch-anatomischer Hinsicht bringt L. Bianchi (29).

Ein 71jähr. Buchdrucker litt an Schwindelanfällen und Epilepsie. Nach einem sehr starken Anfalle entstanden rechtseitige Lähmung und Sprachstörung, ferner Störung des Muskelsinns, rechtseitige Hemianopsie (das linke Auge war in Folge grauen Staares erblindet). Gehör schlecht. Der Pat. verstand, was man zu ihm sprach, war aber nicht im Stande, zu antworten. Sein Sprechen geschah ruckweise; das Objekt fehlte ihm, worüber er verstimmt war, bis man ihm das fehlende Wort sagte. Lesen unmöglich. Paralexie. Nach Diktat schrieb er gut, Spontanschreiben unmöglich, ebenso Abschreiben. Hallucinationen, während deren Augen und Kopf nach rechts gedreht wurden. Epileptische Anfälle auf der linken Seite. Tod in einem Anfalle.

Kleiner Erweichungsherd in der rechten Hemisphäre im äusseren Segmente des Linsenkerns und einer in der weissen Substanz der ersten Stirnwindung vor dem Fusse derselben, ein alter im Corp. callosum. In der *linken* Hemisphäre hatte ein alter Erweichungsherd ausser dem Gyrus angularis besonders die graue Substanz der 1. Schläfenwindung im hinteren Theile zerstört; ferner fand sich ein Herd in der weissen Substanz des Gyrus angularis bis zum Hinterhorn des Seitenventrikels, der dabei aber die graue Substanz des Occipitallappens freiliess.

Die verbale Amnesie bringt B. in Zusammenhang mit den Herden der rechten Hemisphäre, weil die Sprachstörungen nach dem Anfalle bemerkt wurden, der rechtseitige Hemiplegie, die später schnell verschwand, verursachte. B. glaubt, dass in diesem Falle der Beruf einen Einfluss auf die funktionelle Ueberlegenheit des Sehcentrum gegenüber dem Gehörcentrum ausgeübt habe. Als Buchdrucker hatte der Pat. während 40 Jahre eine ziemlich enge Verbindung zwischen den Gesichtsbildern der Buchstaben, Silben und Wörter und den entsprechenden motorischen Vorstellungen bilden müssen, eine engere als zwischen den letzteren und den Sprachbildern. Daraus folge, dass letztere erstere nicht erwecken konnten; wegen Mangelhaftigkeit der Sehorgane konnte der Kranke sich die Worte nicht vorstellen und daher auch nicht aussprechen.

Ein Fall von urämischer Psychose mit Symptomen der *Rindenblindheit* gehört M. Köppen (30) an.

Bei der Kr. traten eklamptische Krämpfe und Sehstörungen als urämische Erscheinungen bei einer Schwangerschaftnephritis auf. Buchstaben und Worte konnte die Kr. erkennen, sie war aber nicht im Stande, zusammenhängende Stücke zu lesen. Ihren Namen schrieb sie gänzlich abweichend von der geraden Linie, die Buchstaben waren durch Zwischenräume getrennt. Die Sprache ungestört. Im weiteren Verlaufe mit dem Rückgange der Amblyopie blieben eigenthümliche Sehstörungen zurück: 1) eine beträchtliche Einschränkung des Gesichtsfeldes; 2) ein Mangel in der richtigen Abschätzung der Entfernungen; 3) die Unfähigkeit, sich die Gegenstände räumlich neben einander vorzustellen, nebst einer Schwäche des optischen Gedächtnisses überhaupt.

K. nimmt in Uebereinstimmung mit Groenouw an, dass der Mangel an Orientirungsvermögen eine Folge der Schädigung des optischen Gedächtnisses sei (vgl. hierzu die Ansicht von Magnus [31]). Die übrigen an der Pat. beobachteten Erscheinungen, die fehlerhafte Abschätzung der Entfernung, das Anstossen gegen Gegenstände, die eigenthümliche Störung beim Schreiben und Lesen erachtet K. als in ursächlicher Beziehung zu dem Mangel an Orientirungsvermögen stehend. Sämmtliche Störungen bei Frau Fr. sind nach K. funktioneller Natur, wahrscheinlich Cirkulationstörungen auf Grund der Nephritis.

Magnus (31) beobachtete folgenden Fall von *Rindenblindheit.*

52jähr. Mann; im 39. Lebensjahre plötzlich linkseitige Hemiparese und linkseitige homonyme Hemianopsie. 10 Jahre später 2. Anfall mit Verlust des Bewusstseins. 3 Jahre später plötzlich rechtseitige Hemiopie. Der Pat. hatte noch ein kleines centrales Gesichtsfeld mit leidlicher Sehschärfe. Er hatte sein Orientirungsvermögen verloren, denn er war nicht im Stande, in seinem Schlafzimmer, das er schon viele Jahre bewohnte, sich zurecht zu finden. Im Uebrigen hatte das optische Gedächtniss nicht gelitten; das Sehvermögen besserte sich, das Orientirungsvermögen nicht.

Der Verlust des Orientirungsvermögens ist in 2 Fällen in ausgeprägter Weise als Begleiterscheinung doppelseitiger homonymer cortikaler Hemianopsie beobachtet worden (Förster, Groenouw). Die Erklärung Groenouw's: Verlust einer grossen Zahl optischer Erinnerungsbilder lässt Magnus nicht gelten, da ja nach Sachs (3) die optischen Erinnerungsbilder keineswegs wirkliche Bilder sind, sondern nur Erinnerungen an gewisse Verknüpfungen von Erregungen des retinalen Centrum mit anderen Centren, hauptsächlich mit dem oculomuskulären Centrum. M. glaubt vielmehr, man komme einer Erklärung näher, wenn man bedenke, dass die Orientirung im Raume sich aus verschiedenen Faktoren, die zusammen wirken müssen, zu-

sammensetze: Bewegungen des Kopfes und Halses, Bewegungen der Augenmuskulatur, Empfindung der sogen. Lokalzeichen der Netzhaut. Das topographische Erinnerungsbild ist hiernach also genau ebenso das Ergebniss einer associativen Verknüpfung verschiedener Hirncentren, wie das optische Erinnerungsbild überhaupt. Da nun bei der homonymen doppelseitigen Hemianopsie einer der Faktoren so gut wie ganz ausscheidet, da die Lokalzeichen der Netzhaut grösstentheils verloren gehen, so muss eine Störung des Orientirungsvermögens erfolgen.

Ein von E. Bleuler (32) beobachteter Pat., ein 66jähr. Tagelöhner, zeigte rechtseitige Hemiplegie, Verlust des Stellungsgefühles im rechten Arme. Seelenlähmung desselben. Schwächung des Temperatursinnes der rechten Seite. Hemianopsie rechts. Amnestische Farbenblindheit. Alexie. Amnestische Aphasie.

Erweichung der linken Insel, des grössten Theiles beider Centralwindungen, der darunterliegenden Markmasse und einiger anliegenden Theile.

Die Störungen der musikalischen Leistungsfähigkeit in Folge von Hirnläsionen sind verschiedentlich Gegenstand der Besprechung in unseren Berichten gewesen; zuletzt berichteten wir über die Arbeit von A. Knoblauch (Jahrbb. CCXXVII. p. 196). K. belegte die musikalische Aphasie mit dem Namen *Amusie*, den Edgren (33) annahm. Er sammelte die in der Literatur niedergelegten Fälle und sonderte sie in folgende Gruppen: A) Fälle von Aphasie ohne Amusie. Die Krankengeschichten 1—24 zeigen verschiedene Formen von Aphasie, bei denen das musikalische Vermögen ungestört war. B) Fälle von Aphasie mit Amusie. Die Kranken (Fälle 25—46) zeigen gleichzeitig eine oder mehrere Formen von Amusie und eine oder mehrere Formen von Aphasie. C) Fälle von Amusie ohne Aphasie. Die 3 Fälle (47—52) betreffen Kranke, bei denen Störungen in dem musikalischen Vermögen ohne gleichzeitige aphatische Störungen vorgekommen sind.

Fall 52 betrifft eine eigene Beobachtung Edgren's. Ein 34jähr. Zuckerbäcker, vom 17. Lebensjahre an Potator, stiess im 31. Lebensjahre den Kopf an einen Laternenpfahl; seitdem Kopfschmerzen, Verworrenheit, Erbrechen, Unvermögen zum Arbeiten; später Geschmacksillusionen und am 18. Tage nach dem Trauma Tontaubheit. Er konnte Orchestermusik nicht mehr wie früher auffassen. Es trat Worttaubheit neben erschwerter Aussprache hinzu, letztere Erscheinungen verloren sich aber bald, während die Tontaubheit noch 3 Jahre lang bestand.

Bei der *Sektion* fand man eine frische Pachymeningitis haemorrhagica interna, ältere Erweichungsherde an der Hemisphärenoberfläche: a) An der *linken* Hemisphäre. In dem vorderen Theile der Fossa Sylvii eine bedeutende dellenförmige Einsenkung, die den vorderen Theil der Gyrus temporalis superior und medialis (?) und den angrenzenden Theil der 3. Stirnwindung umfasste. b) In der rechten Hemisphäre. Im hinteren Theile der Fossa Sylvii eine ähnliche Einsenkung, wie eben beschrieben. Genauere Untersuchung durch Härtung ergab eine Zerstörung der vorderen 2 Drittel der linken Temporalwindung und der vorderen Hälfte des Gyrus temporalis medialis *links* und eine Zerstörung der hinteren Hälfte des Gyrus temporalis superior und des unteren Randes des Gyrus supramarginalis rechts. Der *hintere* Theil der 1. und 2. Temporalwindung war intakt, weshalb die vorübergehende Worttaubheit mit Paraphasie befriedigend durch Cirkulationsstörungen erklärt werden könne. Die Zerstörung des vorderen Theiles des Temporallobus wird hingegen für die Tontaubheit verantwortlich gemacht.

Die Gesammtergebnisse aus den literarischen Untersuchungen führen zu folgenden Schlüssen: 1) Durch pathologische Processe der einen oder der anderen Art kann das musikalische Vermögen ebenso wie das Sprachvermögen ganz oder theilweise vernichtet und in letzterem Falle in seine verschiedenen Componenten aufgelöst werden, wodurch besondere Formen von Amusie entstehen. 2) Die verschiedenen Amusieformen besitzen einen gewissen Grad klinischer Selbständigkeit, sowohl in ihrem Verhältnisse zu einander, wie auch in ihrem Verhältnisse zur Aphasie. 3) Die klinischen Amusieformen scheinen den klinischen Aphasieformen analog zu sein und sind oft, aber nicht nothwendig, von den analogen Aphasieformen begleitet. 4) Amusie kann ohne Aphasie, und Aphasie ohne Amusie vorhanden sein. 5) Es ist wahrscheinlich, dass die besonderen klinischen Amusieformen, wenigstens gewisse von ihnen, auch eine anatomische Selbständigkeit besitzen; dass sie in der Nähe der Stellen lokalisirt sein können, wo man die analogen Aphasieformen als lokalisirt ansieht, jedoch nicht an mit diesen identischen Stellen. 6) Für eine besondere Form von Amusie, nämlich für die Tontaubheit, scheint die Lokalisation in der ersten oder der ersten und zweiten Windung des linken Temporallappens vor der Stelle, deren Verletzung Worttaubheit hervorruft, in hohem Grade wahrscheinlich zu sein.

Unter den Arbeiten, die die Aphasie zusammenfassend darstellen, nimmt der betreffende Abschnitt in Sachs' Werke einen hervorragenden Platz ein. Im 8., 9., 10. und 11. Vortrage behandelt Sachs die Aphasie und Seelenblindheit. Wir müssen es uns hier versagen, auf Einzelnes einzugehen, wollen aber nicht zu erwähnen unterlassen, dass überall eigene Anschauungen neben kritischer Darstellung des Bekannten zum Nachdenken und zur weiteren Forschung anregen.

Ferner sei hier erinnert an den Artikel Ziehen's über Aphasie in Eulenburg's Realencyklopädie (3. Auflage), an Paul Blocq's (34) Zusammenstellung über Aphasie, an Pitres' (35) und Bernheim's (36) Vorträge im Congress für innere Medicin zu Lyon und an P. Blocq's (37) Ansicht über Amusie.

(Schluss folgt.)

C. Bücheranzeigen.

1. 1) **Handatlas der Anatomie des Menschen.** Bearbeitet von Prof. W. Spalteholz in Leipzig. II. Bd. 1. Abth. Leipzig 1896. S. Hirzel. Lex.-8. Mit 750 theils farbigen Abbild. mit Text. (7 Mk.)

2) **Anatomischer Atlas für Studirende und Aerzte.** Herausgegeben von Carl Toldt in Wien. 4. Lief. Wien u. Leipzig 1896. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. S. 259—383; Fig. 487—616. (8 Mk.)

3) **Handbuch der topographischen Anatomie.** *Zum Gebrauche für Aerzte;* von Prof. Fr. Merkel in Göttingen. II. Bd. 2. Lief. Braunschweig 1896. Fr. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. S. 177—416 mit mehrfarb. Holzstichen. (12 Mk.)

4) **Handbuch der Anatomie des Menschen.** Herausgegeben von Dr. R. v. Bardeleben. I. Bd. II. Abth. *Skeletlehre, Kopf;* von Prof. Graf Spee in Kiel. Jena 1896. G. Fischer. 8.

Von den anatomischen Atlanten von Spalteholz und Toldt, deren Erscheinen wir in diesen Jahrbüchern (CCXLIX. p. 102) angezeigt haben, liegen mehrere neue Lieferungen vor; die beiden zuletzt erschienenen behandeln die *Muskellehre.* Sowohl die mehrfarbigen Holzschnitte des Toldt'schen, als die mehrfarbigen Autotypien des Spalteholz'schen Atlas geben ganz ausgezeichnete instruktive Bilder und machen Einem die Wahl schwer, sich für den einen oder anderen Atlas zu entscheiden.

Von dem Merkel'schen Handbuche der topographischen Anatomie ist vor einiger Zeit die 2. Lieferung des II. Bandes erschienen, die die Beschreibung des *Rückens* und der *Brust* enthält. „Beim Rücken durfte die Topographie im Innern des Rückenmarkes nicht übergangen werden, sie wurde nach den neuesten Erfahrungen geschildert. Bei der Brust war es nöthig, durch genaue Construktion die wirkliche Gestalt des Brustkorbes am Lebenden zu eruiren; auch die Lage des Herzens wurde durch Construktion festgestellt.“ Auch die vorliegende Lieferung schliesst sich ihren Vorgängern würdig an; dass ein solches Werk nur langsam erscheinen kann, wird Jedem klar werden, der sich nur etwas in seinen reichen Inhalt vertieft hat. Neben zahlreichen eigenen Untersuchungen ist die gesammte einschlägige Literatur verwerthet werden, wobei sich M. bemüht hat, um eine sachgemässe und zuverlässige Kritik auszuüben, das gesammte Material sowohl literarisch, wie auch an der Leiche einer genauen und deshalb sehr zeitraubenden Nenuntersuchung zu unterwerfen.

Von dem von R. v. Bardeleben in Verbindung mit einer Anzahl von Fachgenossen herausgegebenen Handbuche der Anatomie des Menschen ist kürzlich eine 3. Lieferung erschienen. Sie enthält auf mehr als 250 Seiten die von Spee bearbeitete *Skeletlehre des Kopfes.* Einer eingehenden anatomischen Beschreibung der einzelnen Schädelknochen und ihrer Entwickelung schliessen sich Capitel über den Schädel als Ganzes, über allgemeine Formverschiedenheiten und über vergleichende Schädelkunde und Schädelmessung an. Beigegeben sind der Arbeit 102 ausserordentlich fein und scharf ausgeführte Holzschnitte. Als Vorlagen zu fast sämmtlichen Abbildungen haben von v. B. selbst angefertigte Photographien neu hergestellter Präparate gedient. „Die Zeichnung der Bilder ist daher durchaus perspektivisch und erregt eine stereoskopische Vorstellung des Objekts zumal bei einäugiger Betrachtung des Bildes durch eine mässig weite Blende.“ Jedenfalls sind wir mit v. B. dem Verleger zu grossem Danke verpflichtet, dass dem Werke so vorzügliche Holzschnitte (von *Tegetmeyer* in Leipzig ausgeführt) beigegeben werden konnten.

P. Wagner (Leipzig).

2. **Taschenbuch der mikroskopischen Technik;** von Böhm und Oppel. 3. Auflage. München 1896. R. Oldenbourg. 224 S. (3 Mk.)

Unter den zahlreichen, dem gleichen Zwecke dienenden Compendien empfiehlt sich das vorliegende Werkchen durch seine Handlichkeit und die zweckmässige Auswahl und Anordnung seines Stoffes. Mit kritischem Sinne für das Erprobte und Bewährte haben B. u. O. das gewaltige Material gesichtet und sind durch Fortlassung alles Veralteten und Nebensächlichen zu einer Kürze der Darstellung gelangt, die bei genügender Vollständigkeit die Orientirung gerade im Augenblicke des Bedarfes ermöglicht. Dazu trägt ein sehr gut gearbeitetes Inhaltsverzeichniss nicht unwesentlich bei. Der geringe Umfang des Werkes hat es andererseits erlaubt, trotz hervorragender Ausstattung den Preis so niedrig zu stellen, dass seine Anschaffung wohl jedem Mediciner möglich ist.

Teichmann (Berlin).

3. **Physiologie des Menschen und der Säugethiere.** *Lehrbuch für Studirende und Aerzte;* von Prof. Immanuel Munk. 4. Auflage. Berlin 1897. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VIII u. 633 S. (4 Mk.)

Die 4. Auflage dieser Physiologie hat dieselbe Eintheilung wie die früheren Auflagen. Es ist alles Neugefundene, so weit es einigermaassen als gesichert gelten kann, berücksichtigt worden, so

z. B. bespricht M. die Neuronen, das Thyrojodin und überhaupt die Schilddrüsenfunktion, neuere Theorien über die Blutgerinnung und vieles Andere.

Die Darstellung ist ausnehmend klar und präcis, bietet nicht zu viel und nicht zu wenig; man kann das Buch mit Vergnügen durchlesen.

V. Lehmann (Berlin).

4. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie**; von Ober-Med.-R. Prof. Dr. Bollinger in München. [Lehmann's med. Handatlanten XI. 3 u. 4.] München 1896. Gr. 8. 70 S. mit 38 Tafeln. (3 Mk.)

Das neu erschienene 3. (Schluss-) Heft des 1. Bandes des Bollinger'schen Atlas (vgl. Jahrbb. CCXLIX. p. 211 und CCLI. p. 209), das reichhaltigste der bisher erschienenen, behandelt die Krankheiten des Verdauungstractus mit seinen Anhängen: Leber, Pankreas, Peritonaeum. Es schliesst sich den früheren Heften in gleicher Vollendung der künstlerischen Darstellung an, so dass wir nur auf bereits früher Gesagtes zu verweisen brauchen. Die Feinheit und Treue der Farben scheint sich sogar noch zu erhöhen, was um so mehr hervorgehoben werden muss, als gerade die mit Worten so schwer definirbaren Farbenübergänge der Darmaffektionen der Wiedergabe unzweifelhaft besondere Schwierigkeiten bieten. Besonders bemerkenswerth erschien uns wieder die Nachbildung des *Gesammt*colorits der einzelnen Präparate, die die Vergleichung der ganzen Bilder mit einander, nicht blos der im einzelnen Bilde sich abhebenden Einzelheiten lehrreich macht, so z. B. bei den Bildern von Ruhr, Tuberkulose, Typhus des Darmes. Meisterhaft sind auch die Bilder z. B. der chronischen Peritonäaltuberkulose (Tafel 50), der für die Farbendarstellung besonders geeigneten Lebererkrankungen (Tafel 52 u. a.), des Oesophaguscarcinoms u. s. w. So zeigt sich, je mehr der Atlas seiner Vollendung sich nähert, um so mehr, wie geeignet er für Studien- und namentlich Demonstrationzwecke ist. Seine Bilder stellen Typen dar, die sich als solche immer gleich bleiben, so sehr auch ihre Deutung oft wechseln mag.

Beneke (Braunschweig).

5. **Die Mikroorganismen** *mit besonderer Berücksichtigung der Aetiologie der Infektionskrankheiten.* Bearbeitet von Dr. P. Frosch in Berlin, Dr. E. Gotschlich in Breslau, Dr. W. Kolle in Berlin, Dr. W. Kruse in Bonn, Prof. R. Pfeiffer in Berlin, herausgegeben von Dr. C. Flügge, o. ö. Professor u. Direktor d. hygiein. Instituts zu Breslau. 3., völlig umgearb. Aufl. 2 Theile. Leipzig 1896. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XVI u. 596, XIX u. 751 S. mit eingedr. Holzschnitten. (36 Mk.)

Die 3. Auflage von Flügge's „Mikroorganismen" ist eine völlig neue Schöpfung, die gegenüber den früheren Auflagen eine so bedeutende Erweiterung erfahren hat, dass das Werk nunmehr 2 stattliche Bände von über 600, bez. 700 Seiten aufweist. Da sich die Bewältigung des umfangreichen Materials mit den Berufspflichten des akademischen Lehrers schwer vereinigen liess, so hat Fl. selbst auf die Neugestaltung seines Werkes verzichtet und die Bearbeitung der einzelnen Capitel anderen Kräften übertragen, von denen namentlich die beiden Schüler Fl.'s, Gotschlich und Kruse, ferner R. Pfeiffer als die hauptsächlichsten Mitarbeiter hervorgehoben seien. Gerade die Mitarbeiterschaft der beiden ersteren Autoren bürgte dafür, dass die von Fl. in den früheren Auflagen des Werkes vertretenen Auffassungen auch in der neuen Auflage im Wesentlichen zum Ausdrucke gelangten und das ganze Material von einheitlichen Gesichtspunkten aus bearbeitet werden konnte.

Der 1. Theil des Werkes umfasst die allgemeine Morphologie und Biologie, das Vorkommen und die Verbreitung der Mikroorganismen, sowie eine ganz kurze Darstellung der wichtigsten Untersuchungsmethoden. Die von Gotschlich und Kruse verfassten Capitel über die Biologie der Mikroorganismen, namentlich deren Lebensäusserungen und krankheiterregende Wirkung, vermögen durch Klarheit und Anschaulichkeit der Darstellung den Leser ganz besonders zu fesseln.

Der 2. Theil enthält die Systematik der pflanzlichen und thierischen Mikroorganismen. Auf die Aufstellung eines abgeschlossenen natürlichen Systems der Spaltpilze ist in dem Werke verzichtet, da bei der ausserordentlichen Variabilität der Spaltpilze eine sichere Abgrenzung der Arten vielfach vorläufig noch nicht möglich erscheint. Kruse hat daher unter Anlehnung an das bekannte Cohn'sche System die Bakterien nach ihrer Verwandtschaft in provisorische Gruppen eingetheilt, die eine gute Uebersicht und Orientirung der bekannten Arten ermöglichen. Hierbei wird man gewiss hinsichtlich der Stellung mancher Arten eine abweichende Auffassung vertreten können; so erscheint es dem Ref. z. B. nicht gerechtfertigt, den mit der Gattung Cladothrix verwandten Tuberkelbacillus von dieser Gruppe so weit zu entfernen. Ebenso wird, wer sich ein selbständiges Urtheil gewahrt hat, nicht ohne Weiteres den Ausführungen R. Pfeiffer's beipflichten, wenn er bei Besprechung der Choleraepidemiologie die Auffassung vertritt, dass die mancherlei Räthsel, die die Choleraepidemien namentlich in ihrer zeitlichen und örtlichen Verbreitung und in ihrem explosionartigen Auftreten bieten, wirklich schon in befriedigender Weise gelöst wären.

Dem Texte sind über 200 treffliche Holzschnitte beigefügt; leider ist bei einzelnen, anderen Werken entlehnten eine Erklärung der Einzelfiguren unterblieben, wodurch das Verständniss dieser Abbildungen erschwert wird.

Fl.'s Handbuch ist das umfassendste und aus-

führlichste Werk auf dem Gebiete der Bakteriologie, das bei anregender Form der Schilderung und grosser Vollständigkeit alles Wissenswerthe dieses wichtigen Zweiges der medicinischen Wissenschaft enthält. Hanser (Erlangen).

6. **Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie**; von Prof. Dr. C. Wernicke u. Prof. Dr. Th. Ziehen. Berlin. S. Karger. I. 1. Januar 1897.

Die neue Monatschrift soll Originalarbeiten, Uebersichten, Bücheranzeigen u. s. w. bringen, wie andere Zeitschriften auch, sie will Werth auf „klare und populäre“ Darstellung legen, sie will „das Nichtige“ nicht erwähnen, wie denn die anderen Zeitschriften auch das, was ihnen nicht gefällt, todtschweigen, sie will zu den „brennenden Tagesfragen“ in besonderen „Leitartikeln“ „Stellung nehmen“.

Der erste Leitartikel, um auch den Journalisten-Jargon zu brauchen, wendet sich gegen das Schematisiren. Ein Schema-Verfertiger sei Charcot gewesen, seine Krankheitsbilder seien zum grössten Theile schon jetzt veraltet [wenn doch nicht die Herausgeber noch rascher veralten!]. Ein unbrauchbares Schema sei die Eintheilung der Krankheiten nach Ursachen, denn es könnten dieselben Zustandsbilder durch verschiedene Ursachen entstehen, die „akute Hallucinose“ z. B. könne durch Alkohol und durch den Altersverfall hervorgerufen werden [der Verlauf ist natürlich gleichgiltig]. Ein hinderliches Schema sei Flechsig's Versuch der Lokalisation geistiger Vorgänge. „Die eingehende klinische Beobachtung ist vorerst noch, so sagt der Vf. am Schlusse, unsere einzige sichere Grundlage und auf ihr bietet sich ein unerschöpfliches, immer dankbares Forschungsgebiet.“ Das sind vortreffliche Worte und ihnen kann man ganz beistimmen. Der Aufsatz ist mit W. unterzeichnet; wer es ist, weiss ich nicht, denn Wernicke kann es natürlich nicht sein. Wernicke, der unerhittliche Lokalisator, kann doch nicht Lobredner unbefangener klinischer Beobachtung sein, Wernicke, der das Bewusstsein in 3 Theile zerlegt und ihnen 3 Schichten der Gehirnrinde entsprechen lässt, der es einem Vorgange ansieht, ob er psychosensorisch, intrapsychisch oder psychomotorisch ist, der die Erinnerungsbilder in mosaikartiger Anordnung die Hirnrinde bevölkern lässt.

In einer Fussbemerkung des Leitartikels sagt W., nicht zu entschuldigen sei „die Unkenntniss, wo sie sich mit offenbarer Anmaassung paart“, wie in der Kritik von Möbius über Wernicke's paranoische Zustände (vgl. Jahrbb. CCLI. p. 214). „Wenn man bedenkt, dass Möbius nie Psychiater gewesen, wird man eine solche Art der Kritik nicht passend finden u. s. w.“ Auf so eine grobe Bemerkung habe ich lange gewartet. Es ist ja viel angenehmer, wenn Freunde einander loben, als wenn Jemand, dem die Personen ganz gleichgiltig sind, offen seine missbilligende Meinung ausspricht. Man könnte meinen, bei einer Kritik komme es auf den Inhalt an, nicht auf die Person des Kritikers, indessen sei zugestanden, dass auch die letztere in Betracht zu ziehen sei. W. meint nun offenbar, über psychiatrische Dinge könne nur ein „Psychiater“, d. h. Einer, der in der Irrenanstalt wohnt, oder doch lange gewohnt hat, urtheilen. Daran ist sicher etwas Wahres, zahlreiche Fragen, die die Beurtheilung und die Behandlung von Irren betreffen, kann nur der entscheiden, der mit ihnen lebt. Sollte aber W. der Ansicht sein, dass auch über allgemeine Fragen, über Eintheilung, über Theorien und psychologische Grundlagen nur die Anstaltärzte urtheilen dürfen, so möchte er doch sehr irren. Psychiatrie heisst Seelenheilkunde, es giebt aber Seelen und Seelenstörungen auch ausserhalb der Irrenanstalt und nicht der schlechteste Theil der Psychiatrie beschäftigt sich mit den seelischen Störungen ausserhalb der Anstalt, als die der Ort der zertrümmerten Seelen zu nennen ist. Wenn die Anstaltärzte vorgeben wollten, sie befänden sich im Besitze einer Geheimwissenschaft, die nur in ihren Mauern verstanden werden könne, so würden sie sich recht lächerlich machen. An die Stelle des Strebens nach einer mittelalterlichen Zunft sollte gerade die Bemühung treten, die Anstaltmauern auch im geistigen Sinne niederzureissen. Psychiatrie ist in der Anstalt und ausserhalb der Anstalt, jeder Arzt sollte psychiatrisch denken und urtheilen lernen. Wollte ich unhöflich sein, so würde ich sagen, dass mir in der neueren psychiatrischen Literatur manche Lehren begegnet sind, die allerdings nur in der Irrenanstalt geniessbar zu sein scheinen. Indessen zu solchen Aeusserungen will ich mich nicht hinreissen lassen, ich will nur versichern, dass ich auch in Zukunft aus meinem Herzen keine Mördergruhe machen werde, dass ich dann, wenn ein „Psychiater“ seine Lehren auf Grund einer haltlosen Psychologie aufbaut, wenn er das Leben auf das Procrustesbett absurder Doktrinen spannen will, mit meinem laienhaften Urtheile nicht zurückhalten werde. Möbius.

7. **Abhandlungen zur Gesundheitslehre der Seele und Nerven.** *I. Arbeit und Wille;* von Dr. E. Hallervorden in Königsberg. Heft 1. Würzburg 1896. A. Stuber's Verlag. 8. 41 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Der Vf. bezeichnet seinen Aufsatz, dem weitere folgen sollen, als ein Capitel klinischer Psychologie oder Personenkunde. Er will seinen Hörern die klinische Psychologie so vortragen, dass er einen beliebigen gesunden Menschen untersucht, die Anamnese aufnimmt, den körperlichen und den geistigen Zustand prüft und dann den Menschen als ein Ganzes bespricht. Er will also der Psychologie als der Lehre von den seelischen Vorgängen überhaupt und der Anthropologie als

der Lehre vom Menschen überhaupt die Psychologie und Anthropologie des Individuum gegenüberstellen. Das ist ein vortrefflicher Gedanke. Wie H. selbst hervorhebt, berührt sich sein Streben mit dem Kraepelin's, der die persönlichen Grundeigenschaften erkennen will, nur schlägt er nicht wie Kraepelin den Weg der sog. experimentellen Psychologie, sondern den der Klinik ein, die die Experimente der Natur beobachtet und die ihr Laboratorium überall findet, und er stellt sich dabei auf den ärztlichen Standpunkt, d. h. er betrachtet die klinische Psychologie nur als Vorstufe der Psychohygieine, der Kunde von der richtigen Behandlung des Individuum.

Auf die Einzelheiten von H.'s Programm können wir an dieser Stelle nicht eingehen. Es finden sich darunter recht treffende Bemerkungen, z. B. der Vergleich zwischen psychologischem Talent und musikalischem Gehör, die Unterscheidung zwischen der Fähigkeit der psychologischen Beurtheilung und der der psychologischen Einwirkung, die durchaus nicht immer im selben Menschen zusammen da sind, der Hinweis auf die Unwissenheit der Aerzte über den normalen Menschen und Anderes mehr.

Möge es H. vergönnt sein, über das Programmatische hinaus zu kommen, das, was er ankündigt, auszuführen. Er wird dabei die Theilnahme Aller finden, die gleich ihm der Pseudowissenschaft müde sind. Möbius.

8. **Ueber Myxödem und verwandte Zustände**; von Dr. G. Buschan. Leipzig u. Wien 1896. Fr. Deuticke. Gr. 8. 181 S. (5 Mk.)

Der Vf. hat eine Monographie des Myxödems auf Grund literarischer Studien geschrieben. Er giebt an, dass seine Arbeit bereits abgeschlossen gewesen sei, als Ewald's Buch erschien. Ein grosses Literaturverzeichniss schliesst die Zusammenstellung. Ausser dem Myxödem werden auch die Lehre von der Schilddrüse und von der Schilddrüsen-Therapie besprochen. Möbius.

9. **Neuropathologie und Gynäkologie**; von Dr. Fr. Windscheid. Berlin 1897. S. Karger. Gr. 8. 127 S. (3 Mk.)

W. bezeichnet seine Arbeit als eine kritische Zusammenstellung der physiologischen und pathologischen Beziehungen der Nervenheilkunde und der Gynäkologie. Der grösste Theil des Buches ist den Beziehungen der Vorgänge des weiblichen Geschlechtslebens (Monatregel, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) zu nervösen Störungen gewidmet. Der Vf. hat sein Thema mit grosser Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit bearbeitet, hat besonderen Fleiss auf die literarischen Studien verwandt. Fast allzusehr lässt er die eigene Meinung hinter die der Autoren zurücktreten. Wenn z. B. Emmet behauptet, es sei ein abnormer Zustand, wenn ein Weib in der Menstruation nicht unwohl sei und nicht an Schmerzen leide, so sollte man solchen Unsinn ruhig Unsinn nennen.

Neurologen und Gynäkologen werden aus W.'s Zusammenstellung Manches lernen können. Möbius.

10. **Specielle Pathologie und Therapie**; herausgegeben von Prof. Hermann Nothnagel. Wien. Alfred Hölder. Gr. 8.

IV. Band. III. Theil. II. Abtheilung.

Akute Exantheme, Scharlach, Rötheln, Varicellen; von Prof. Theodor v. Jürgensen in Tübingen. VIII u. 303 S. (Preis: 8 Mk. 70 Pf., für Abonnenten 6 Mk. 40 Pf.)

Wir haben die vorzügliche Bearbeitung der Masern von v. J. bereits besprochen und Alles, was wir dort (Jahrbb. CCL. p. 106) gesagt haben, gilt auch für den nun vorliegenden 2. Theil. Für den *Scharlach* eröffnen uns die gründlichen Studien v. J.'s ganz neue Gesichtspunkte und legen Manches, was bisher zweifelhaft war, durch Zahlen fest, oder werfen es als falsch um. — Nach den Erfahrungen auf den Faröer-Inseln betrug die Empfänglichkeit für Scharlach etwa 38%, die für Masern mehr als 99%. Die Dauer der Inkubation beim Scharlach war vielfach länger, als meist angegeben wird, sie betrug etwa 8—11 Tage. Vom „chirurgischen“ Scharlach will v. J. nicht viel wissen. „Der Schutz, welchen das vorgeschrittene Alter gegen Scharlach gewährt, wird weder durch äussere Verletzungen, noch durch die Entbindung in nennenswerther Weise vermindert.“ Die Uebertragung scheint häufig während der Inkubation, 3—5 Tage vor dem Ausbruche der Krankheit, zu erfolgen. v. J. giebt ein kurzes Gesammt-Krankheitbild und geht dann sehr ausführlich unter Anführung zahlreicher Krankengeschichten auf die einzelnen Erscheinungen ein. Ueber die wichtige Frage der Misch- und Sekundärinfektionen spricht er sich unbestimmt aus. Wir können hier nicht eher klar sehen, ehe wir nicht die Erreger des Scharlach kennen. Bei der *Angina* meint v. J., dass wahrscheinlich das Scharlachgift selbst nekrotische Entzündungen im Rachen hervorrufen kann, dass es aber recht oft auch den Diphtheriebacillen und den Eiterkokken die Thüre öffnet. Das Auftreten der *Nephritis* ist unabhängig vom Charakter des Falles und unabhängig von äusseren Einflüssen, „namentlich ist der „„Erkältung““ ein begünstigender Einfluss abzusprechen“. Den Hydrops scarlatinosus ohne Nephritis hält v. J. für unbewiesen. Die alte Annahme, dass die Scharlachnephritis niemals chronisch würde, ist unhaltbar. Bei der *Diagnose* warnt v. J. davor, gar zu viel Werth auf den Ausschlag zu legen. Bei der *Prognose* ist ihm der Charakter der herrschenden Epidemie von der allergrössten Bedeutung. Bei der *Behandlung* empfiehlt v. J. in allererster Linie kühle Bäder. „Für die Behandlung der Folgezustände nach Scharlach

gilt, wie bei jedem sich länger hinziehenden Krankheitsverlaufe, unbedingt die Regel, dass man Alles daran zu setzen hat, die Ernährung, die Zufuhr von Stoff und Kraft hochzuhalten." Dem entsprechend soll man auch bei Nephritis die Kranken durchaus nicht hungern lassen. Die strenge Milchdiät ist vom Uebel.

Die *Rötheln* hält v. J. unbedingt für eine selbständige Krankheit, deren Diagnose von Fall zu Fall aber recht schwer ist und die mit Scharlach und namentlich mit Masern wahrscheinlich oft verwechselt wird.

Klarer liegen die Verhältnisse bei den *Varicellen,* deren Vermischung mit der Variola durchaus unhaltbar ist.

IV. Band. II. Theil. II. Abtheilung.

Der Keuchhusten. Der Bostock'sche Sommerkatarrh (das sogenannte Heufieber); von Dr. Georg Sticker in Giessen. 142 S. (Preis: 3 Mk. 60 Pf., für Abonnenten 2 Mk. 80 Pf.)

St. beginnt mit der Geschichte und der geographischen Verbreitung des *Keuchhustens* und schildert dann das Krankheitsbild, wobei er wohl etwas genauer auf die Besonderheiten der schweren und der leichten Fälle hätte eingehen können, sowie auf die Verschiedenheiten des Keuchhustens bei Kindern und bei Erwachsenen. Mit dem nächsten Abschnitte: *„Complikationen im Verlaufe des Keuchhustens"* sind wir nicht einverstanden. Manches steht hier zu Unrecht: Bronchitis, Erbrechen u. s. w. Anderes ist entschieden zu kurz abgethan, namentlich Pneumonie, Blutungen, Emphysem. Zu kurz geht St. auch über die *Nachkrankheiten,* vor Allem über die Tuberkulose, hinweg. Sein Buch ist für die Praxis geschrieben und da spielen diese Dinge eine sehr wichtige Rolle. St. hat wohl gefürchtet, anderen Mitarbeitern der Nothnagel'schen Pathologie in das Gehege zu kommen. Diese Furcht durfte ihn aber nicht abhalten, sein Thema erschöpfend zu behandeln. Jeder Theil soll doch als selbständiges abgeschlossenes Werk gelten können. — Bei der *Aetiologie und Pathogenese* giebt St. die verschiedenen Anschauungen wieder. Sie haben sämmtlich nicht allzu viel Werth. Die Erreger kennen wir nicht und über das Zustandekommen der Anfälle wissen wir auch nichts Sicheres. Bei der *Therapie* führt St. als „Specifica" nur das Chinin und den Kampher an. Auch das finden wir nicht richtig. St. braucht an die anderen vielfach empfohlenen Mittel gewiss nicht zu glauben, musste sie aber dem ganzen Charakter seines Buches nach anführen. Er hatte ja dabei die beste Gelegenheit, seinen Zweifeln und Misserfolgen beredten Ausdruck zu geben. Die Besprechung der „Diätetik", der Behandlung der Complikationen und Nachkrankheiten ist viel zu kurz und obenhin. — So mancher Arzt, der zu erfahren hofft, was man denn nun heutzutage über den Keuchhusten und seine Behandlung denkt und weiss, wird diese neueste Bearbeitung unbefriedigt aus der Hand legen.

Die Besprechung des *Heufiebers* beginnt St. mit der ersten, von dem englischen Arzte John Bostock herrührenden, auch heute noch erschöpfenden Beschreibung und stellt dann fest, was als Heufieber gelten darf und was nicht. Seine Auffassung von der Entstehung des Leidens geht am besten aus folgenden Sätzen hervor: „Dass der Blüthenstaub im Heufieber eine gewisse Rolle spielt, bleibt nun wohl trotz — — — bestehen. Man muss nur festhalten, dass zur Wirkung des Pollens im Sommerkatarrh das disponirte Individuum und die kritische Jahreszeit gehören, dass der Pollen nicht auf alle Kranken wirkt, die am Bostock'schen Katarrh leiden, dass es neben ihm noch allerlei andere Dinge giebt, die genau wie er wirken; dass nicht jeder Niesanfall und Asthmaanfall, welcher durch Blüthenstaub erregt wird, dem Bostock'schen Katarrh gleichzusetzen ist, dass also der Pollen im typischen Sommerkatarrh mit anderen und vor anderen Noxen die höchst wichtige Rolle eines Anreizes zu Exacerbationen hat". So ganz scharf und klar ist das wie auch der weitere „Versuch einer Pathogenese" nicht. Der dem ganzen Leiden zu Grunde liegende Sommerkatarrh ist wohl sicher infektiöser Natur. „Findet sich dann, dass der Erreger des Jahreskatarrhs als Miasma auf Wiesen und Heu gedeiht, so wird die volksthümliche Bezeichnung Heufieber im selben Sinne gerechtfertigt sein, wie der Name Sumpffieber für die Intermittens." *Therapeutisch* ist nicht allzu viel auszurichten. Eine örtliche Behandlung der Nase hält St. nur dann, wenn dort wirklich etwas nicht in Ordnung ist, und nur in mildester Form für erlaubt.

IV. Band. II. Theil. I. Abtheilung.

Influenza und Dengue; von Prof. O. Leichtenstern in Cöln a. Rh. VI u. 222 S. (Preis: 6 Mk. 40 Pf., für Abonnenten 4 Mk. 80 Pf.)

Es war eine gewiss nicht leichte, aber dankbare Aufgabe gerade jetzt, unter dem frischen Eindrucke des Selbsterlebten, zusammenzustellen, was wir zur Zeit über die Influenza wissen, und L. hat diese Aufgabe vortrefflich gelöst. Es giebt wohl kaum noch eine Krankheit von Bedeutung über die *jeder* Arzt unserer Zeit so viel eigene Erfahrungen hat, wie über die Influenza und Jedem wird es doch willkommen sein, eine gute Zusammenstellung *aller* Erfahrungen und eine gute kritische Uebersicht über die ungeheuerlich angewachsene Influenzaliteratur zu bekommen.

L. macht 2 grosse Theile. Der *I. Theil* umfasst *Geschichte, Epidemiologie und Aetiologie der Influenza,* und giebt nach einem kurzen historischen Ueberblicke namentlich die bei der letzten Pandemie festgestellten Thatsachen wieder. Vortrefflich schildert L. Beginn und Ausbreitung der ersten mächtigen Epidemie und der später in den Jahren danach in der durchseuchten (immunisirten) Bevölkerung aus zurückgebliebenen Keimen entstehenden Endemien. Eingehend beschreibt er das Verhalten der Influenza in geschlossenen Anstalten,

auf hohen Bergen, auf dem offenen Meere (auf Schiffen) u. s. w. und würdigt den Einfluss meteorologischer und tellurischer Verhältnisse, sowie die Bedeutung von Alter, Geschlecht und Beruf. Wenn L. meint, dass bei der Epidemie 1889—1890 in Deutschland etwa die Hälfte aller Menschen ergriffen wurde, so bezieht sich das nur auf die einigermaassen ausgesprochenen Erkrankungen. Könnte man alle unvollkommenen Fälle hinzurechnen, dann würde die Zahl wohl noch erheblich grösser werden. Die Incubation berechnet L. auf 1—3 Tage. Für den Erreger der Influenza hält er mit grösster Wahrscheinlichkeit den R. Pfeiffer'schen Bacillus.

In dem II. Theile: *Pathologie und Therapie der Influenza*, begnügt L. sich mit einem recht kurzen allgemeinen Krankheitsbilde und geht dann um so ausführlicher auf die einzelnen Erscheinungen ein. Mit vollem Rechte! wer wollte von der Influenza ein erschöpfendes allgemeines Krankheitsbild geben? Das, was L. gegen die Eintheilung in die katarrhalische, nervöse und gastrische Form anführt, klingt uns nicht ganz überzeugend. Er selbst scheidet die rein toxischen Formen, von den toxisch-entzündlichen Formen. Zu den ersteren rechnet er das reine Influenzafieber ohne alle örtlichen Erscheinungen und die reine nervöse Form, zu den letzteren die katarrhalisch-respiratorische und die gastrointestinale Form. Wir vermissen bei dieser allgemeinen Schilderung ein etwas genaueres Eingehen auf die unvollständigen Fälle und auf die Bedeutung der Constitution (des Alters) des Kranken für den Verlauf. Wir vermissen auch, hier und bei der weiteren Beschreibung, ein deutlicheres Hervorheben dessen, was die Influenza an Schäden im gesunden oder anderweit kranken Körper zurücklässt, der so überaus wichtigen „Nachkrankheiten" im weitesten Sinne. — Die Besprechung der einzelnen Erscheinungen ist erschöpfend und vorzüglich. Bei der Pneumonie interessiren besonders die ätiologischen Erörterungen, nach denen die Influenzabacillen von sich aus zweifellos eine Lungenentzündung, und zwar eine katarrhalische zu erzeugen vermögen, neben den mancherlei anderen, durch Sekundärinfektion erzeugten lobulären und lobären Formen. Bei der *Therapie* verwirft L. alle als Prophylactica und Specifica angepriesenen Medikamente. Wir kommen über eine symptomatische Behandlung nicht hinaus. Im Ganzen ist die Therapie auch bei L. recht kurz gerathen. Wir halten es gerade bei der Influenza nicht für richtig, wegen aller Einzelheiten, aller Complikationen und Nachkrankheiten „auf die betreffenden Capitel dieses Handbuches" zu verweisen.

Den Schluss der Influenza bildet eine Literaturzusammenstellung, die bei engem Druck 16 Seiten einnimmt.

Für die anschauliche Besprechung des *Denguefiebers*, die L. der der Influenza an die Seite stellt, können wir ihm nur dankbar sein. Die bisher ausschliesslich auf die tropischen und subtropischen Gegenden beschränkte Krankheit ist in mancher Beziehung besonders interessant und wird auch für die deutschen Aerzte mehr und mehr Bedeutung gewinnen. Besonderen Werth legt L. auf den Nachweis, dass Influenza und Dengue zwei durchaus selbständige Krankheiten sind, die nichts mit einander gemein haben. Sehr werthvoll sind seine geschichtlichen Angaben, namentlich die Zusammenstellung der wichtigsten Epidemien seit dem Jahre 1779, in dem man zum ersten Male etwas vom Denguefieber hörte.

V. Band. III. Theil.

Dysenterie (Ruhr); von Dr. Kartulis in Alexandrien. 95 S. (Preis: 3 Mk., für Abonnenten 2 Mk. 20 Pf.)

„Eine Gruppe von Krankheiten, die, von specifischen Krankheitsnoxen erzeugt, zu bestimmten klinischen Erscheinungen und anatomischen Veränderungen der Dickdarmschleimhaut führt, bezeichnen wir als dysenterische Krankheiten." K. giebt sich grosse Mühe, in diese Gruppe etwas Ordnung zu bringen, es gelingt ihm das aber nur mangelhaft, da die nothwendigen ätiologischen Grundlagen fehlen. Deswegen ist er leider auch gezwungen, die alte ungenügende Eintheilung in endemische, epidemische und sporadische Ruhr beizubehalten. Die *endemische* wird in der Hauptsache durch die mehrfach beschriebenen Amöben hervorgerufen, mit Ausnahme vielleicht gewisser besonderer Formen, z. B. der Cochinchina-Diarrhöe. Die *epidemische* hat wahrscheinlich verschiedene Erreger, von denen wir mit einer gewissen Sicherheit nur einen, den von Ogata in Japan gefundenen kleinen Bacillus kennen. Die *sporadische* Ruhr endlich ist ein ganz zweifelhaftes Ding, das nach K.'s unklarer Beschreibung mechanischen, chemischen, rheumatischen Ursprunges sein kann. Befriedigend ist diese Eintheilung wie gesagt ganz gewiss nicht, namentlich nicht für die deutschen Leser. Von dem, was wir bei uns zu Lande als Ruhr zu sehen bekommen, giebt uns das Buch K.'s durchaus kein klares Bild. K. ist augenscheinlich mit der deutschen Literatur nicht genügend vertraut, was sich namentlich auch in seinen dürftigen Auseinandersetzungen über die ätiologische Bedeutung des Bodens und des Wassers zu erkennen giebt.

Auffallend ausführlich, mit zahlreichen guten Abbildungen, ist die *pathologische Anatomie* abgehandelt, kurz und nicht ganz vollständig der klinische Verlauf. Unter den *Nachkrankheiten* erwähnt K. eigentlich nur die Leberabscesse und fügt ein kleines Capitel: Myelitiden und Neuritiden an. Bei der *Behandlung* schlägt K. den Werth der Abführmittel recht gering an (Calomel scheint ihm noch das beste), bespricht kurz die Anwendung der Ipecacuanha und rühmt am meisten die Tannineinläufe in den kranken Dickdarm. Bei

uns beginnen wohl die meisten Aerzte die Behandlung mit einigen kräftigen Gaben von Ricinusöl und kommen damit oft ohne Weiteres schnell zum Ziel.

XIII. Band. III. Theil. II. Abtheilung.

Erkrankungen des Mediastinums; von Prof. Friedrich Albin Hoffmann in Leipzig. 84 S. (Preis: 2 Mk. 60 Pf., für Abonnenten 2 Mk.)

1) *Erkrankungen der Thymus.* Hoffmann beginnt mit einer anatomisch-physiologischen Einleitung, zeigt auf einem Querschnitt durch einen Neugeborenen, welche Mächtigkeit die Thymus, dieses räthselhafte Organ, hat und bespricht unter den Erkrankungen das vielumstrittene „Asthma thymicum" am ausführlichsten. So viel darüber auch geschrieben ist, Einigkeit besteht nicht und auch H. kommt trotz sorgfältiger kritischer Durchsicht der älteren und neueren Literatur zu keinem festen Urtheil. Mancher plötzliche Kindestod ist der Thymus zweifellos fälschlich zugeschrieben worden, an manchem war sie aber doch wohl Schuld und man kommt nicht darüber hinweg, dass sie durch eine Einwirkung auf die Trachea, durch Compression der Vena cava oder dadurch, dass sie reflektorisch einen Glottiskrampf erregt, gelegentlich recht gefährlich werden kann. — Bei den Geschwülsten der Thymus begnügt H. sich mit einer kurzen Zusammenstellung der recht mangelhaften Casuistik.

2) *Krankheiten der Lymphdrüsen im Mediastinum.* Hier interessirt am meisten die *Tuberkulose* und wir hätten dieser eine etwas ausführlichere Besprechung gewünscht. Die werthvolle Arbeit von Buttersack (Jahrbb. CCL. p. 124) war H. wohl noch nicht bekannt, auf die hier entschieden hingehörige Frage der primären tuberkulösen Pleuritis hätte er aber eingehen müssen, diese Pleuritis ist doch wesentlich häufiger und wichtiger, als die tuberkulöse Perikarditis, die H. kurz erwähnt.

3) *Tumoren im Mediastinum.* Auch hier fasst H. sich etwas kurz. Er führt die verschiedenen Geschwulstarten an, bespricht kurz die einzelnen vorkommenden Erscheinungen und verzichtet darauf, ein Krankheitsbild im Ganzen zu geben. Entschieden zu kurz ist wohl die *Diagnose*, in der z. B. die Aortenaneurysmen nur mit 2 Zeilen erwähnt sind. Dass die „mitgetheilte" Pulsation von der eines Aortenaneurysma nicht zu unterscheiden ist, ist in dieser Allgemeinheit kaum haltbar.

4) *Die übrigen Krankheiten im Mediastinum.* Darunter fasst H. die *Mediastinitis, Blutungen, Emphysem, Syphilis.*

XI. Band. I. Theil.

Die Erkrankungen der peripherischen Nerven; von Prof. M. Bernhardt in Berlin. I. Theil. 431 S. (Preis: 12 Mk., für Abonnenten 9 Mk.)

Dieser I. Theil enthält 3 grosse Abschnitte: *Allgemeine Pathologie der peripherischen motorischen Nerven, speciell der Lähmungen; Allgemeine Pathologie der peripherischen sensiblen Nerven (mit Ausschluss der Neuralgien im engeren Sinne); Specielle Pathologie der peripherischen Lähmungen.* Ohne auf Einzelheiten einzugehen, können wir nur sagen, dass das Buch einen vortrefflichen Eindruck macht. Die Schilderungen B.'s sind erschöpfend und ausserordentlich klar, das Häufige und das Seltene sind in gerechter Vertheilung berücksichtigt. B. giebt umfangreiche Literaturverzeichnisse und zahlreiche gute Abbildungen. Den Schluss bilden 5 Tafeln, aus denen die Vertheilung der Nerven gut zu ersehen ist.

XI. Band. II. Theil. III. Abtheilung.

Der Ménière'sche Symptomencomplex. Die Erkrankungen des inneren Ohres; von Dr. L. v. Frankl-Hochwart in Wien. VI u. 122 S. (Preis: 3 Mk., für Abonnenten 2 Mk. 30 Pf.)

Der Ausdruck *„Ménière'sche Krankheit"* ist vielfach ohne rechte Ueberlegung gebraucht worden und v. Fr.-H. sucht mit Recht zunächst eine Gruppirung aller dahin gehörigen oder doch dahin gerechneten Dinge zu geben. Er räth, nur von *„Ménière'schen Symptomen"* zu sprechen: Schwerhörigkeit mit Ohrensausen, Schwindel, Brechreiz, und die Fälle zu trennen, je nachdem diese Symptome plötzlich bei bis dahin gesundem Ohre eintreten, oder sich zu akuten oder chronischen Ohrerkrankungen hinzugesellen, oder drittens durch äussere Eingriffe und Einflüsse (Ohrausspritzung, starke Schalleinwirkungen, Dreh- und Schaukelbewegungen u. s. w.) hervorgerufen werden. Zu Nr. 1 gehört die eigentliche Ménière'sche Krankheit, die apoplektische Taubheit, der wahrscheinlich ein Bluterguss im Labyrinth zu Grunde liegt. Als 4. Gruppe fügt v. Fr.-H. noch „Pseudo-Ménière'sche-Anfälle" an, wie sie bei Hysterischen, bei Epileptikern und zuweilen wohl auch bei Migräne vorkommen.

In den nächsten Capiteln bespricht v. Fr.-H. dann meist an der Hand von Krankengeschichten das Einsetzen und die ätiologische Bedeutung, die Einzelheiten, die Pathologie, Diagnose und Prognose der Ménière'schen Symptome in sehr anschaulicher klarer Form. Die Angaben für die Behandlung sind etwas dürftig. Ein umfangreiches Literaturverzeichniss vervollständigt die vortreffliche Arbeit.

Ganz besonders werthvoll wird vielen Lesern der kurze Abriss sein, den v. Fr.-H. von den *Erkrankungen des inneren Ohres* giebt. In einem allgemeinen Theile bespricht er Aetiologie, Symptome und Therapie, dabei besonders die für jeden Arzt wichtige Diagnostik berücksichtigend; im speciellen Theile geht er die Erkrankungen des Labyrinthes und des Hörnerven kurz durch. Bei aller Kürze sind seine Angaben so genau und klar, es wird das Wichtigste so geschickt zusammengestellt, dass dieser kleine Abriss Manchem lieber sein wird, als ein grosses Lehrbuch. Dippe.

11. **Lehrbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie**; von Prof. Dr. Herm. Lossen in Heidelberg. 7. völlig umgearb. Aufl. I. Band: *Allgemeine Chirurgie*. 1. Theil. Leipzig 1896. F. C. W. Vogel. 8. 352 S. mit 68 Abbild. (8 Mk.)

„Durch die gründliche Umarbeitung des Werkes in der 4. Auflage, durch die jetzt wieder vorgenommene Neubearbeitung der 7. Auflage glaube ich mir mit der Zeit ein Recht erworben zu haben, den ursprünglichen, im Jahre 1880 erschienenen *Grundriss* der Chirurgie Carl Hueter's nunmehr als mein geistiges Eigenthum erklären zu können. Es erscheint daher dieses *Lehrbuch der allgemeinen Chirurgie* unter meinem Namen und ich hoffe, dass es hierdurch nicht weniger Freunde und Leser haben werde." Mit diesen Worten schliesst Lossen die Vorrede zu der vorliegenden neuen, 7. Auflage der ehemals Hueter'schen Chirurgie. Ein Vergleich mit der 1. Auflage, die dem Ref. gerade vorliegt, muss Lossen ohne Weiteres Recht geben.

Der bisher erschienene 1. Theil der allgemeinen Chirurgie enthält: Verwundung, Entzündung, Fieber, Behandlung der Wunden; chirurgische Infektionkrankheiten; Geschwülste, Verletzungen und Erkrankungen der einzelnen Gewebe. Der 2. Theil, allgemeine Operationslehre, soll Anfang 1897 erscheinen; bis dahin behalten wir uns eine eingehendere Besprechung dieses mit vollem Rechte allgemein beliebten Lehrbuches vor.

P. Wagner (Leipzig).

12. **Atlas und Grundriss der Verbandlehre für Studirende und Aerzte**; von Dr. A. Hoffa in Würzburg. München 1897. J. F. Lehmann. Kl. 8. 120 S. mit 128 Tafeln nach Originalaquarellen von Maler *O. Fink*. (7 Mk.)

Die vorliegende Verbandlehre, die zugleich den 13. Band der Lehmann'schen medicinischen Handatlanten bildet, ist mit ihren ausgezeichneten, künstlerischen Abbildungen ein Werk, das wir Studirenden und Aerzten nicht warm genug empfehlen können. Hoffa hat die Verbandlehre so dargestellt, wie er sie seit vielen Jahren in seinen praktischen Cursen vorträgt. Nachdem er viele Hunderte von Schülern in die Verbandtechnik eingeführt hat, hat er die Fehler wohl kennen gelernt, die der Anfänger beim Verbinden in der Regel macht, und hat darum gleich angegeben, wie sich diese Fehler vermeiden lassen. Da das Buch einen vorwiegend praktischen Zweck verfolgt, hat H. ganz besonderen Werth auf die Herstellung guter Abbildungen gelegt. Die alten schematischen Zeichnungen der Verbände, die man in den früheren Lehrbüchern über die Verbandlehre findet, entsprechen nicht der Wirklichkeit.

„Ich habe mir Mühe gegeben," sagt Hoffa in der Vorrede, „die Verbände wirklich so darzustellen, wie sie in der Praxis ausgeführt werden. Ich habe sämmtliche Verbände selbst angelegt; dann sind dieselben von meinem Assistenten, Herrn Dr. P. Paradies, photographirt und nach den wohlgelungenen Photographien von Herrn Maler *Fink* gemalt worden. So haben wir Tafeln erhalten, welche wohl auch weitgehenden Ansprüchen an Deutlichkeit und Realismus entsprechen dürften."

Von den bisher erschienenen medicinischen Handatlanten des Lehmann'schen Verlages sind erst zwei speciell chirurgischen Inhaltes, aber diese beiden, der Helferich'sche Atlas der traumatischen Frakturen und Luxationen und der Hoffa'sche Atlas der Verbandlehre, sind „Treffer" nach jeder Richtung hin. P. Wagner (Leipzig).

13. **Grundriss der Augenheilkunde**; von Prof. Dr. Friedr. Hosch in Basel. Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. 8. 496 S. (10 Mk.)

Es ist in den letzten Jahren eine Anzahl neuer Lehrbücher der Augenheilkunde, grosse und kleine, erschienen und fast alle haben rasch neue Auflagen erlebt. Der Bedarf an ophthalmologischen Lehrbüchern scheint daher, wie der an Augenärzten für Deutschland wenigstens auf längere Zeit hinaus gedeckt zu sein. Es ist aber anzunehmen, dass auch das vorliegende Werk, das dem Umfange nach die Mitte hält zwischen den sehr grossen und den kleinen Lehrbüchern, wegen seiner besonderen Vorzüge gerne gelesen werde. Die Darstellung ist sehr klar, in der klinischen Schilderung der einzelnen Krankheiten, in der Behandlung ist Alles praktisch zusammengefasst, einzelne Abschnitte, z. B. der über Refraktionkrankheiten, über die Lehre vom Schielen, sind für den Lernenden geradezu vortrefflich geschrieben, zahlreiche neue und älteren Lehrbüchern entnommene Abbildungen dienen zum schnellen und leichteren Verständniss, kurz, gerade den Studirenden dürfte dieses Lehrbuch sehr zu empfehlen sein. Die Ausstattung des Buches, Papier und Druck sind tadellos.

Lamhofer (Leipzig).

14. **Stereoskopischer medicinischer Atlas**; herausgeg. von Prof. A. Neisser in Breslau. IX. Lief. 5. Folge der Abtheilung: Dermatologie u. Syphilis. Cassel 1896. Th. G. Fisher u. Co. Kl. 8. (Lief. 4 Mk.)

Diese Lieferung enthält 10 vortreffliche Darstellungen von Erkrankungen der Zunge, und zwar traumatisches Geschwür der Zunge, Schleimhautatrophie der Zunge, Faltenzunge, Landkartenzunge, Ulcus tuberculosum linguae, Leukoplakie und Gummi der Zunge, exulcerirtes Gummi der Zunge, Glossitis interstitialis luetica, Carcinom der Zunge, Lupus linguae (et faciei).

Die gelungene Auswahl charakteristischer Fälle und die vorzügliche Wiedergabe der Abbildungen, die stereoskopisch gesehen einen ausserordentlich klaren und anschaulichen Eindruck hervorrufen,

zeichnen auch diese Lieferung in gleicher Weise wie die früheren aus und sichern dem Unternehmen, das als Lehr- und Demonstrationmittel in Bezug auf Ausführung und Wohlfeilheit unerreicht dasteht, die weiteste Verbreitung.

Wermann (Dresden).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 14. Juli 1896.

Vorsitzender: *F. A. Hoffmann.*
Schriftführer: *Heinrich Schmidt.*

Herr Walther stellte einen jungen Mann vor, in dessen Unterschenkel mit Hülfe der *Röntgen*'schen X-Strahlen 17 bei einem Unfalle eingedrungene Nähnadeln mit grösster Deutlichkeit nachgewiesen werden konnten. 7 weitere Nadeln waren schon vorher durch Einschnitt entfernt worden. Ferner zeigte er die Photographie einer Hand, die zwischen dem 1. und 2. Mittelhandknochen einen metallischen Fremdkörper erkennen lässt. —

Herr Kockel demonstrirte einige Präparate angeborener Herz-Anomalien. —

Herr Friedheim führte eine schon früher vorgestellte Kranke mit Sklerodermie und Sklerodaktylie vor. —

Herr Birch-Hirschfeld sprach: *„Ueber Contusions-Pneumonie und verwandte Fragen in Betreff des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Trauma und infektiöser Entzündung.“*

An der *Verhandlung* betheiligten sich die Herren *Siegel, Heinrich Schmidt, His, Pässler* und *Friedrich.*

Sitzung am 3. November 1896.

Vorsitzender: *Birch-Hirschfeld.*
Schriftführer: *P. Wagner.*

Vor der Tagesordnung stellt Herr Braun einen 50jähr. Kranken mit *neuropathischer Affektion des linken Schultergelenkes* vor.

„Das Leiden hat sich ziemlich akut entwickelt unter Bildung eines enormen serösen Gelenkergusses, der die Gelenkkapsel durchbrechend, sich in das subcutane Gewebe des Armes ergossen und schliesslich in der Ellenbogengegend die Haut perforirt hatte. Das Schultergelenk ist zerstört, der Humeruskopf hat die Pfanne verlassen und ist nach vorn unten luxirt. Er lässt sich durch Druck von unten nach oben unter crepitirenden Geräuschen leicht in die Pfanne schieben, sinkt aber beim Nachlass des Druckes sofort wieder herab. Der seröse Gelenkerguss, der bereits einmal durch Punktion entfernt worden ist, hat sich zur Zeit in mässigem Grade wieder angesammelt. Die Affektion war stets schmerzlos. Es besteht eine vollkommene Analgesie der Haut und tiefen Theile im Bereiche der linken oberen Extremität, der linken Hälfte des Thorax und der linken Hälfte des Kopfes und Gesichtes, soweit hier Spinalnerven für die Vermittelung der Sensibilität in Betracht kommen. Der Tastsinn ist erhalten, der Temperatursinn dagegen ist im Bezirk der Analgesie aufgehoben. Es liegt somit dem Leiden eine Syringomyelie des Halsmarkes und oberen Brustmarkes zu Grunde.“

Herr Sänger sprach: *„Ueber Deciduoma malignum.“*

In der *Verhandlung* erbittet sich Herr *A. Hoffmann* nähere Auskunft über das Syncytium.

Herr Sänger erwidert, dass auch bei anderen Neubildungen plasmodiale Bildungen vorkommen, dass aber das Syncytium immer ein Produkt der Schwangerschaft sei.

Herr *Birch-Hirschfeld* hebt hervor, dass das maligne Deciduom, ebenso wie die von den Nebennieren und manche von den Nieren ausgehenden Bildungen nicht in die bisherige systematische Eintheilung der Geschwülste passen und jedenfalls dazu beitragen werden, den bisherigen Begriff des Carcinoms umzugestalten. Herr *Birch-Hirschfeld* möchte die epithelialen Geschwülste eintheilen in solche, die von embryonalem, und solche, die von senilem Epithelgewebe ausgehen. Das Deciduom ist wahrscheinlich eine embryonale Epithelgeschwulst. Bezüglich der physiologischen und entwickelunggeschichtlichen Bedeutung des Syncytium hebt Herr *Birch-Hirschfeld* die eigenthümlichen Beziehungen hervor, die das Syncytium zur Bildung der Bluträume an der Grenze der Placenta foetalis besitzt, und macht auf die grosse histologische Aehnlichkeit des Deciduoms mit cavernösen Angiosarkomen aufmerksam.

Herr *Döderlein* hebt die grossen Verdienste Sänger's hervor, der zuerst die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf die Deciduomgeschwülste gelenkt hat, die nicht nur pathologisch-anatomisch, sondern ganz besonders auch klinisch von hervorragender Bedeutung sind. Er giebt die genaue Krankengeschichte eines hierhergehörigen Falles, in dem leider die Sektion nicht gemacht werden konnte.

Zum Schlusse machen noch die Herren Sänger und *Birch-Hirschfeld* kurze Bemerkungen.

Sitzung am 17. November 1896.

Vorsitzender: *Birch-Hirschfeld.*
Schriftführer: *Heinrich Schmidt.*

Herr Kölliker stellte einen Patienten vor, bei dem er wegen Sarkom der Scapula die Entfernung des Schultergürtels, d. h. der Scapula, des Armes und des äusseren Drittels der Clavicula, ausgeführt hat.

Die Operation wurde in Aether-Chloroform-Narkose vermittelst zweier bogenförmiger Hautlappen vorgenommen. Der vordere Schnitt nahm seinen Anfang an der Mitte der Clavicula, ging über die Schulterhöhe herab zum Arme, umkreiste die innere Hälfte des Oberarmes, ging auf den Thorax über und endete am unteren Schulterblattwinkel. Der hintere Lappen wurde bogenförmig von der Mitte der Clavicula zum unteren Schulterblattwinkel herabgeführt, wo er sich mit dem vorderen Schnitte vereinigte.

Nachdem der vordere Lappen zurückpräparirt war, wurde die Clavicula mit der Stichsäge durchtrennt und nach Freilegung der Mohrenheim'echen Grube und Unterbindung der V. cephalica der M. pectoralis major und M. pectoralis minor durchschnitten. Es folgte die Unterbindung der Art. und V. subclavia hart unterhalb des Schlüsselbeines, die Durchschneidung des Plexus brachialis, des M. subclavius und M. latissimus dorsi. Alsdann wurde der hintere Lappen gebildet, die Schulter nach hinten und unten gedrängt, der Trapezius von der Spina scapulae abpräparirt, woranf die Ablösung aller Muskeln am oberen und medialen Rande der Scapula folgte.

Eine stärkere Blutung trat nur aus der Art. transversa scapulae und ihren Aesten ein, da ja dieses Gefäss oberhalb der Clavicula aus der Art. subclavia, allein oder gemeinsam mit der Art. transversa colli, entspringt.

Der Patient erholte sich ausserordentlich rasch von dem ausgedehnten Eingriffe, er verliess schon am Tage nach der Operation das Bett. Die Operation wurde vor 17 Tagen ausgeführt.

Die Entfernung des ganzen Schultergürtels ist bis jetzt einige fünfzigmal vorgenommen worden, in der Regel waren Sarkom, Osteoid- und Gallertchondrome der Scapula die Veranlassung. Die zur Zeit wichtigste Frage bei der Operation ist, ob bei Sarkomen der Scapula der Arm erhalten werden soll, wenn das überhaupt thunlich ist, was in diesem Falle allerdings nicht möglich war. Die Statistik spricht für die Entfernung des Armes. Wenn auch in einzelnen Fällen, so jüngst zweimal von *Israel*, die Scapula allein mit verhältnissmässig guter Funktion des Armes exstirpirt worden ist, so ist das Leiden doch so ernst, dass möglichst ausgedehnte Entfernung der Muskulatur angezeigt ist. Von allen Operirten blieben nur drei längere Zeit geheilt, darunter nur einer mit einer Beobachtungzeit von $1\frac{1}{2}$ Jahren, in diesen drei Fällen wurde der Arm mit entfernt. In des Vortragenden Falle nöthigte Erkrankung der Achseldrüsen, der Schultergelenkskapsel, Verwachsung der Geschwulst mit der Gefässscheide zur Entfernung des Armes. —

Herr Dumetrey legte *Röntgen*-Bilder von deform geheilten Frakturen und Luxationen vor und bespricht die Wichtigkeit dieser Untersuchungsmethode für die Beurtheilung von Unfallrenten-Empfängern.

„M. H. Die *Röntgen*-Photographien, die ich Ihnen hiermit vorlege, sollen eine Illustration zu der praktischen Bedeutung der Untersuchung mit *Röntgen*-Strahlen geben. Es ist ja bei dieser neuen Wissenschaft das eigenthümliche Faktum zu verzeichnen, dass, obwohl wir über die Theorie der X-Strahlen noch so gut wie ganz im Dunkeln sind, ihre praktische Bedeutung für die Medicin eine respektable Höhe erreicht hat. Gerade in den letzten Monaten und Wochen ist eine so grosse Fülle von neuen, interessanten und wichtigen Beobachtungen veröffentlicht worden, dass man kaum im Stande ist, jede einzelne Arbeit zu controliren. Ich glaube behaupten zu können, dass der Fortschritt in erster Linie den verbesserten Röhren zu verdanken ist. Die Röhren, die heute im Allgemeinen verwandt werden, zeigen eine wesentliche Verbesserung gegen früher: das Licht ist heller, intensiver, ziemlich vollständig auf einen Punkt gesammelt. Ich selbst benutze mit Vorliebe die Röhren der Allgemeinen Elektricitäts-Gesellschaft, die, abgesehen von ihrer Güte, den Vorzug der Billigkeit und Handlichkeit haben. Vorzügliches leisten diese Röhren beim Photographiren: die Bilder sind scharf und klar und der menschliche Körper ist heute wohl in allen seinen Durchmessern mit diesen Röhren zu durchleuchten. Auch das Becken, das bis dahin immer noch als undurchlässig erschien, kann mittels guter Röhren deutlich und klar photographirt werden. Die Expositiondauer ist bedeutend abgekürzt: sie ist für eine Hand 1—3 Minuten, für den Unterschenkel 6—8 Minnten, für die Brust 6—8 Minuten, für den Schädel 20—25 Minuten, für das Becken 20—30 Minuten. Und so ist die Zeit vielleicht nicht mehr fern, in der die erste Momentaufnahme mit *Röntgen*-Strahlen gemacht wird. Mit der grösseren Helligkeit, der grösseren Lichtintensität ist nicht immer Hand in Hand gegangen die Verbesserung in Bezug auf die Stetigkeit und Ruhe der Strahlen. Manche der allerhellsten Röhren haben oft ein flackriges, zitterndes Licht und diese Röhren eignen sich weniger zur Durchleuchtung. Es gleicht eben keine Röhre der anderen: zu derselben Zeit in derselben Fabrik fabricirte Röhren sind gänzlich von einander verschieden. Doch darin sind sie fast alle gleich: sie brauchen keine zu hohe Spannung und Kraft: 1—2 Ampère Stromstärke und 20—30 Volt Spannung genügen in der Regel auch für die grössten Röhren und spannt man sie höher, so verdirbt man ihre Güte, vernichtet sie vielleicht ganz. Ich meine nun, dass die von der Allgemeinen Elektricitäts-Gesellschaft gelieferten, mit drei Elektroden versehenen Röhren besser sind, als die Röhren mit zwei Elektroden, von denen ich eine ganze Reihe probirt habe. Bei jenen sind zwei Anoden und eine Kathode, und die von der Kathode ausgehenden Strahlen werden auf der mittleren Anode gesammelt und von da nach aussen geworfen. Ich glaubte nun die Beobachtung gemacht zu haben, dass bei den Röhren, die bei meinen Versuchen zersprangen, der Sprung im Glase fast stets an der Kathode sass. Ich glaubte, dass in Folge der zwei Anoden die Anodenspannung so gross wurde, dass die Entwickelung der Kathodenstrahlen allzu heftig und stark erfolgte, als dass es die Glaswand aushalten konnte. In Folge dessen habe ich mir diese Röhre mit zwei Kathoden und einer grossen Platinanode construiren lassen und glaube von ihr folgende Vorzüge rühmen zu können: diese Röhre hat dasselbe Licht wie die hellsten anderen Röhren, das Licht ist viel, viel ruhiger, gleichmässiger, in Folge dessen das Bild auf dem Lichtschirm klarer und die Röhre verträgt mehr Spannung als die anderen. Ich möchte alle Collegen, die sich mit *Röntgen*-Untersuchungen abgeben, bitten, die Röhre nachzuprüfen. Was nun

die Indikation für eine Untersuchung mit *Röntgen*-Strahlen betrifft, so möchte ich hier Allbekanntes nicht anführen. Ich verweise auf die neuesten Veröffentlichungen, die ja zumeist in der Deutschen medicinischen Wochenschrift erschienen sind, und möchte nur der Arbeit von *Schjerning* und *Kranzfelder*, die sich speciell mit dieser Frage in dankenswerther Weise beschäftigt haben, einen Punkt hinzufügen, den sie übersehen haben und der meines Erachtens gerade von der allergrössten Bedeutung ist. Für Begutachtungen wird die Untersuchung mit X-Strahlen in Zukunft eine ganz bedeutende Wichtigkeit haben: viele Frakturen, deren Diagnose schwer ist, besonders viele Gelenkbrüche, viele Gelenkverletzungen, werden erst durch eine Durchleuchtung genau festgestellt werden können, und wenn deforme Heilungen erfolgt sind, so wird auf keine andere Art so leicht die genaue Feststellung der Art der Deformität erfolgen können, als durch eine *Röntgen*-Aufnahme. Jeder, der derartige Deformitäten, die vielleicht Monate, Jahre alt sind, zu begutachten gehabt hat, weiss, wie schwierig es ist, über sie in's Klare zu kommen. Jetzt genügt ein Blick auf den Lichtschirm, um Alles genau zu erkennen, und eine Photographie, um es auch Jedermann beweisen zu können. Es werden dadurch nicht blos Simulanten überführt werden, sondern viel öfter wird dadurch einem bisher ungerecht Behandelten Gelegenheit gegeben werden, auf Grund der beweisenden Photographie sich sein Recht zu suchen. Ich habe überhaupt die Erfahrung gemacht, dass die meisten Untersuchten, deren Klagen vorher unberechtigt oder übertrieben erscheinen konnten, nur Vortheil von dieser Untersuchung hatten: es wurden sehr oft Verhältnisse aufgedeckt, die ihre Klagen als ganz berechtigt erscheinen liessen. Und so war es meine grösste Freude, dass es mir kürzlich gelang, zwei Leute von dem ungerechten Verdachte der Simulation, bez. der starken Uebertreibung, in dem sie lange Zeit gestanden hatten, zu reinigen: der eine hatte eine nicht constatirte Loslösung des Meniscus des rechten Kniegelenks, der andere eine eigenthümlich deform geheilte Unterschenkelfraktur, über deren Natur wegen ihrer besonderen Beschaffenheit die Palpation keinen Aufschluss geben konnte. Die Photographie bewies mit absoluter Bestimmtheit in beiden Fällen, dass die Klagen berechtigte, die Patienten keine Simulanten waren. Die Berufsgenossenschaften werden in Zukunft sehr oft Gebrauch von der „*Röntgen*-Untersuchung“ machen und manche Streiterei, manche Klagerei, manches Schiedsgericht wird dann mit Leichtigkeit vermieden werden.“

Verhandlung. Herr *Buchheim* fragte, wie hoch die Spannung des Stromes sei, mit der der Vortragende gearbeitet habe.

Herr Dumstrey antwortete, dass er im Allgemeinen schwache Ströme bevorzuge. Eine bestimmte Zahl lasse sich nicht angeben, da jede Röhre anders behandelt werden müsse.

Hierauf machte Herr Stimmel Mittheilungen aus den Sitzungen der Deutschen otologischen Gesellschaft.

Zu den Themata, die bei der vorjährigen Versammlung der Deutschen otologischen Gesellschaft zur Verhandlung standen und die vielleicht auch ein allgemeines ärztliches Interesse in Anspruch nehmen dürften, gehört ein Vorschlag von Dr. *Beckmann* in Berlin, die Luschka'sche Tonsille radikaler zu entfernen, als dies bis jetzt meist üblich war. Der Vortragende demonstrirt das von *Beckmann* angegebene Ringmesser, das sich von dem *Gottstein*'schen mehrfach unterscheidet und vor dem *Schütze*'schen Instrumente den Vorzug hat, eine förmliche Abrasirung der Rachenmandel von der Fibrocartilago basilaris zu gestatten.

Der Vortragende hofft von dieser gründlichen Entfernung das seltenere Eintreten von Recidiven, die sich vielleicht auf solche Fälle beschränken werden, in denen beträchtliche Constitutionsanomalien, vielleicht auch lokale Tuberkulose, die ähnlich wie bei den Gaumenmandeln vielleicht auch bei der Rachenmandel nur unter dem Bilde der einfachen Hyperplasie verlaufen könnte, die Ursache der Recidive bilden. Indessen haben die histologische Untersuchung und der Impfversuch bei der Tuberkulose verdächtigen Rachenmandeln zu einem positiven Ergebnisse bis jetzt noch nicht geführt. Bei der Operation mit dem *Beckmann*'schen Instrumente und der radikalen Entfernung der Luschka'schen Tonsille sind unangenehme Zufälle bei und nach der Operation nach den Erfahrungen des Vortragenden in 130 Fällen, in denen während der letzten $^3/_4$ Jahre operirt wurde, durchaus nicht schlimmer oder häufiger als bei der früheren weniger gründlichen Entfernung. Nur die Blutung ist unmittelbar nach der Operation vielleicht etwas stärker, hört aber in allen Fällen rasch auf. Der Vortragende verzichtet auf Narkose und begnügt sich mit einer Cocaineinstäubung.

Verhandlung. Herr *Meldenhauer* benutzt zur Entfernung der vergrösserten Rachenmandel das *Gottstein*'sche Ringmesser und hält die Instrumente von *Kirstein* und *Beckmann* für keinen Fortschritt, da der aufsteigende Ast für viele Fälle zu kurz ist. Folliculäre Angina habe jeder Operateur gelegentlich, der Procentsatz des Herrn Stimmel erscheine aber etwas hoch. Vielleicht liegt die Schuld an dem von ihm geübten Verstopfen der Nase, das den Operirten zum Athmen durch den Mund zwingt und so eine Infektion der Mandeln begünstigt. Herr *Moldenhauer*, der die Nase nicht verstopft, hat trotzdem stärkere Nachblutungen fast nie beobachtet.

Herr *Schmiedt* hält das *Beckmann*'sche Messer für besonders geeignet zu Operationen bei ganz kleinen Kindern. Der scharfe Löffel ist entschieden schmerzhafter und veranlasst wahrscheinlich auch stärkere Blutungen.

Herr *Schwabe* betonte den Zusammenhang zwischen Schwellung der Nasenschleimhaut und entzündlichen, namentlich phlyktänulären Erkrankungen der Bindehaut und Hornhaut.

Herr *Lommatsch* erwähnte, dass man in vergrösserten Rachenmandeln bis zu 16% der Fälle Tuberkelbacillen nachgewiesen hat.

JAHRBÜCHER

der

In- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 253. 1897. № 2.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

192. **Ueber Nucleine**; von Prof. A. Kossel. (Verh. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 183.)

In den Zellkernen finden sich als Nucleine bezeichnete, complicirte phosphorhaltige Substanzen. Sie bestehen aus einer Verbindung von Eiweiss mit der von Altmann entdeckten Nucleinsäure. Als Spaltungprodukte liefert die Nucleinsäure zunächst basische Stoffe, nämlich die „Xanthinbasen" (Xanthin und Guanin), die „Sarkinbasen" (Hypoxanthin und Adenin) und eine dritte Gruppe, der das jüngst gefundene Cytosin angehört. Alle diese Nucleinbasen gehören zur Gruppe der Harnsäure und bilden im Körper Harnsäure.

Nach Abspaltung der Nucleinbasen bleibt ein phosphorhaltiger Körper, die Thyminsäure. Zu den Spaltungprodukten der Thyminsäure gehören die Lävulinsäure und ein stickstoffhaltiger neutraler Körper, das Thymin.

Als „Paranucleine" werden nucleinartige Stoffe bezeichnet, die bei der Zersetzung keine Nucleinbasen liefern, z. B. in der Milch, im Eidotter. Ihr Vorkommen ist auch nicht, wie das der Nucleine, an den Zellkern gebunden.

In salzartiger Verbindung mit Protamin findet sich die Nucleinsäure in den Lachsspermatozoën.

V. Lehmann (Berlin).

193. **Ueber die Krüger-Wulff'sche Methode der Alloxurkörperbestimmung**; von Dr. B. Laquer. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 44. 1896.)

L. berichtet über verschiedene Misserfolge und paradoxe Ergebnisse, die er wie Andere bei der Alloxurkörperbestimmung nach Krüger-Wulff zu verzeichnen hatte, und schliesst daraus, dass diese Methode nicht genau sein kann.

V. Lehmann (Berlin).

194. **Ueber das Verhalten einiger Ammoniaksalze im Körper**; von Prof. Th. Rumpf. (Verh. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 509.)

R. kann die neuerdings wieder von Hallervorden betonte Ansicht, dass das Ammoniak im Körper die Funktion der Säureneutralisation zu üben habe, nicht ganz theilen. Er fand, dass die Ausscheidung des NH_3 mit der der Schwefelsäure und der Phosphorsäure nicht parallel geht.

Bei zwei Menschen und zwei Hunden hat R. die Einfuhr und Ausfuhr verschiedener Ammoniaksalze untersucht, und zwar sowohl hinsichtlich des Säure-, wie des Ammoniakcomponenten. Es wurden das essigsaure, ameisensaure, citronensaure, kohlensaure, phosphorsaure, schwefelsaure, salzsaure [ein salzsaures Salz heisst aber *Chlorid,* nicht *Chlorat.* Ref.] Ammoniak untersucht.

Es ergab sich, dass das an schwächere Säuren (Kohlensäure, Ameisensäure, Essigsäure) gebundene Ammoniak leichter im Körper verschwindet, als das an stärkere Säuren gebundene. Vom Phosphat, Sulfat und Chlorid gelangt ein bedeutenderer Antheil des Ammoniakcomponenten im Harne zur Ausscheidung. Das Ammoniak wird aber nicht an die Säure des eingeführten Salzes gebunden im Harne ausgeschieden. Denn der Säurecomponent wird in den 3 ersten Tagen nach der Einfuhr, das NH_3 erst einige Tage später ausgeschieden.

V. Lehmann (Berlin).

195. **Ueber die Aciditätsbestimmung des Harns und ihre klinische Bedeutung**; von Dr. V. Haussmann. (Verh. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 459.)

H. räth, die Aciditätbestimmung des Harnes häufiger für klinische Zwecke zu verwenden, da

die Reaktion der Körperflüssigkeiten daraus besser zu ersehen ist, als aus der unsicheren Alkalescenzbestimmung des Blutes.

Er verwendet die Methode von Lieblein: Es wird erst die Gesammtphosphorsäure in einem bestimmten Harnvolumen ermittelt, dann das einfachsaure Phosphat durch Chlorbaryum ausgefällt und im Filtrate die Phosphorsäure mit Uransalz titrirt. Als zu vergleichende Werthe ergeben sich die Verhältnisse von Gesammtphosphorsäure zum (zweifach) sauren Phosphat, natürlich immer in derselben Harnmenge.

Bei H.'s Bestimmungen ergab sich: Die absoluten Säurewerthe im Harne während des Tages sind am Vormittage am grössten, am Nachmittage gewöhnlich niedrig, in der Nacht halten sie eine mittlere Höhe ein. Die Mittagsmahlzeit, unbeeinflusst von der Flüssigkeitaufnahme, setzt die absoluten Säurewerthe im Harne in den nächsten 4—6 Stunden herab. Bemerkenswerthe Unterschiede einer gemischten, vegetabilischen oder vorwiegenden Fleischnahrung liessen sich nicht feststellen. Warme Bäder von 30—32° R. scheinen die Säureausfuhr zu verringern. [Wie stimmt dies mit der von anderer Seite beobachteten *Zunahme* der Blutalkalescenz bei warmen Bädern? Ref.] Muskelarbeit scheint die Harnmenge und die Säureausfuhr zu erhöhen. V. Lehmann (Berlin).

196. **Ueber den Einfluss des Milchzuckers auf die bakterielle Eiweisszersetzung**; von Dr. Paul Seelig. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 53. 1896.)

Es hat sich vielfach gezeigt, dass Milch sehr schwer fault, sich auch im Darmkanale schwer zersetzt und sogar etwas antiseptisch wirkt. Dieses Verhalten wurde einerseits dem Casein, andererseits dem Milchzucker zugeschrieben.

S. beschickte Peptonlösungen mit Bakterienreincultur (Bacterium coli), einmal mit, einmal ohne Zusatz von Milchzucker. Es zeigte sich, dass in letzterem Falle keine bakterielle Eiweisszersetzung stattfand. Unter den hierbei gebildeten Säuren war Milchsäure nicht vorhanden, so dass diese als fäulnisshemmendes Mittel auszuschliessen ist.

V. Lehmann (Berlin).

197. **Ueber die Produkte der bakterischen Zersetzung der Milch**; von Dr. Ferdinand Blumenthal. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 65. 1896.)

B. studirte die bakterielle Milchzersetzung, sowohl die spontane, als auch die unter dem Einflusse von Bacterium coli, Oidium lactis, Typhusbacillus, Cholerabacillus, Milchsäurebacillus und einiger anderer Bakterien erfolgende. Bei diesen Versuchen wurde (mit einer Ausnahme) nur ein einziger Stoff gefunden, der sich auch bei Eiweisszersetzung bildet, nämlich Bernsteinsäure. Milchsäure entsteht, wie noch durch besonderen Versuch nachgewiesen wird, *nicht* durch Caseinzersetzung. Auch die Bernsteinsäure kann in den vorliegenden Versuchen nicht aus Casein stammen. Eiweisszersetzung tritt erst dann in der Milch ein, wenn bereits aller Milchzucker vergohren ist.

Neben der Bernsteinsäure treten bei der spontanen Milchzersetzung noch Alkohol, Aldehyd und flüchtige Säuren (Essig-, Butter-, Valerian-, Caprylsäure) auf. Ein Theil der Zersetzungprodukte entsteht aus dem Milchzucker, ein Theil aus der Phosphorfleischsäure.

Neutrale Milch, mit Cholera, Diphtherie und Tetanus geimpft, ergab nur geringe Mengen von Toxinen, alkalisirte in kürzerer Zeit bedeutend mehr. Da nun Eiweisszersetzung hier nicht stattfindet, so ergiebt sich als Bestätigung der Buchner'schen Resultate, dass die Toxine nicht aus dem Eiweiss des Zersetzungmaterials zu stammen brauchen. V. Lehmann (Berlin).

198. **The dimethylamidoazobenzol or Toepfers test for free hydrochloric acid**; by Max Einhorn. (New York med. Journ. May 9. 1896.)

Das von Töpfer zum Nachweis der freien Salzsäure empfohlene Dimethylamidoazobenzol ist empfindlicher als das Günzburg'sche Reagens, zeigt aber nicht nur freie Salzsäure, sondern auch schon 1% Milchsäure an. Des Töpfer'sche Reagens kann nach E. zur Bestimmung der freien Salzsäure verwendet werden, wenn man die Abwesenheit von Milchsäure constatirt hat. Man kann dann zugleich auf folgende Weise Gesammtacidität und freie HCl bestimmen:

Zu 5 ccm Magensaftfiltrat setzt man einen Tropfen einer 1/2proc. Phenolphthaleïnlösung und einen Tropfen einer 1/2proc. Lösung von Dimethylamidoazobenzol, dann giebt man so lange 1/10 Normalnatronlauge hinzu, bis die rothe Färbung in gelbe umschlägt: Die Anzahl der hierzu verbrauchten Cubikcentimeter, mit 20 multiplicirt, giebt den Gehalt an freier Salzsäure. Man setzt dann von der Natronlauge weiter so viel zu, bis die Farbe wieder roth wird: Die Gesammtzahl der verbrauchten Cubikcentimeter giebt, mit 20 multiplicirt, die Gesammtacidität.

V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

199. **Ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium**; von Dr. Elisabeth H. Winterhalter in Frankfurt. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 49. 1896.)

Menschliche Ovarien, nach der Schnellmethode von Golgi behandelt, liessen erkennen, 1) dass die Ovarialgefässe mit perivaskulären Geflechten umgeben sind und 2) dass in der Zona vasculosa ein Ganglion liegt, bestehend aus Zellen vom Charakter der sympathischen Ganglienzellen, deren Fortsätze grösstentheils in zahlreichen Windungen die Gefässe umschlingen. Sehr gut wird ausgeführt, wie der wachsende Follikel die umspinnenden Nervenfasern reizt, wie dieser Reiz auf die

Ganglienzellen übergeht und in ihnen sich accumulirt, bis er zu einer genügenden Grösse entwickelt ist, um sich dann nach der motorischen Seite hin, d. i. nach den Muskelzellen der Markschichtgefässe u. s. w. zu entladen: die Frage „Ovulation und Menstruation" gelöst durch Entdeckung des Winterhalter'schen Ganglion! Der Riesenleib einzelner der abgebildeten Ganglienzellen, z. B. in Figur 5, lässt allerdings Grosses erwarten. Kerne sind in den „Ganglienzellen" nicht auffindbar. Brosin (Dresden).

200. **Giebt es ein sympathisches Ganglion im menschlichen Ovarium?** von Prof. v. Herff in Halle. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 374. 1896.)

Das Vorhandensein von Ganglienzellen im Eierstocke konnte noch nicht dargelegt werden, wiewohl ihr Vorkommen zum Mindesten im Hilus sehr wahrscheinlich ist. Von einem „sympathischen Ganglion" im Eierstocke (Winterhalter) dürfte selbst dann im anatomischen Sinne nicht die Rede sein, wenn die von jener Forscherin gefundenen Gebilde des Ovarialgewebes etwas anderes sein sollten als Kunstprodukte. Ob sich wirklich unter diesen „Ganglienzellen" hin und wieder eine Ganglienzelle befindet, was ja nicht ausgeschlossen ist, können erst weitere Untersuchungen klarstellen. Brosin (Dresden).

201. **Ueber den Einfluss der Ovarien-Exstirpation auf Strukturveränderungen des Uterus**; von Dr. A. Sokoloff in Moskau. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 286. 1896.)

Bei jungen Hunden verschiedenen Alters und bei Kaninchen übte die einseitige Castration keinen Einfluss auf den Uterus aus. Die Entfernung beider Eierstöcke dagegen führte zu einer Atrophie der Uterusmuskulatur, während das Endometrium (im Gegensatze zu den Ergebnissen Anderer) unversehrt blieb. Von dem Uterusmuskel atrophirten zunächst die innere Ringfaserschicht, alsdann auch die äusseren der longitudinalen Fasern. Die einzelnen Zellen verloren ihre Spindelform, es blieb von ihnen nur der verkleinerte Kern und ein spärliches gekörntes Protoplasma; sie lagen nicht mehr fest aneinander, sondern waren durch Bindegewebefibrillen von einander getrennt. An den Gefässen war eine Verdickung der Intima zu finden, während die Media durch Muskelatrophie verdünnt war.

Da noch bekannten Versuchen die Isolation des Uterus von allen Nervencentren, die ausserhalb des Organs liegen, keine Atrophie hervorruft, die Exstirpation der Ovarien aber eine solche veranlasst, so ist anzunehmen, dass in den Ovarien selbst das regulatorische Nervencentrum gelegen ist, das die Ernährung des Uterus beeinflusst. Die Ernährungstörungen des Uterus werden nach der Castration noch dadurch verstärkt, dass durch sie das Organ zur Unthätigkeit verurtheilt wird und eine Inaktivitätatrophie eingeht. Ob das Endometrium nach einer längeren Beobachtung als der hier vorliegenden von 14 Monaten ebenfalls atrophiren würde, bleibt unentschieden. Brosin (Dresden).

202. **Durchschneidungsversuche am Nervus glossopharyngeus**; von Dr. Semi Meyer. (Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 1. p. 143. 1896.)

Die Untersuchungen wurden an der Papilla foliata des Kaninchens angestellt, die ausschliesslich vom N. glossopharyngeus versorgt wird. Schon 30 Stunden nach der Durchschneidung des Nerven war am Fusse der Geschmacksknospen eine Wucherung der Zellen zu finden, die die Abgrenzung der Knospen gegen das Epithel zu verwischen begann. Bis zum zweiten Tage war aus dieser Wucherung eine ununterbrochene Reihe von grossen Zellen hervorgegangen, die die Knospen vom Bindegewebeseptum abdrängten; zugleich begann das Epithel aus der Tiefe der Falten über die Pori der untersten Knospenreihe sich hinwegzuschieben. Am siebenten Tage waren nur noch spärliche Reste der Geschmacksknospen erhalten, die sich durch die Querstellung einiger Zellen zu erkennen gaben. Degenerationserscheinungen an den Zellen der Knospen waren zu keiner Zeit zu sehen, vielmehr gingen diese nur allmählich in dem Plattenepithel auf. M. schliesst aus seinen Betrachtungen, dass die Zellen der Geschmacksknospen nicht zu Grunde gehen, sondern sich in gewöhnliche Epithelzellen umwandeln, sobald der Einfluss der Nerven durch die Durchschneidung des Nervenstammes aufgehoben wird. Ausserdem hat M. gefunden, dass nur das peripherische Ende des Nerven entartete, woraus in Uebereinstimmung mit den neueren histologischen Befunden sich ergiebt, dass die Verbindung des Nerven mit den Sinneszellen nur eine indirekte durch Contakt ist, während das trophische Centrum cerebralwärts liegt. Teichmann (Berlin).

203. **Action antitoxique des capsules surrénales sur la neurine**; par Ed. Boinet. (Gaz. des Hôp. LXIX. 43. p. 447. 1896.)

Einige italienische Forscher haben bereits gezeigt, dass die Nebennieren vermuthlich die Aufgabe haben, das im Körper gebildete Neurin unschädlich zu machen. Durch Versuche an Fröschen und Ratten bestätigt B., dass diese Entgiftung, wenn auch in geringem Grade, stattfindet, da Thiere ohne Nebennieren durch geringere Gaben von eingespritztem Neurin mehr geschädigt werden, als normale. V. Lehmann (Berlin).

204. **Des renseignements fournis par les échanges respiratoires sur la destination immédiate des hydrates de carbone**; par F. Laulanié. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 791. Oct. 1896.)

In verschiedenen Versuchsreihen wurden bei Hunden, denen Rohrzucker oder Traubenzucker

einverleibt war, die respiratorischen Quotienten zu verschiedenen Zeiten bestimmt.

Nach der Zuckerdarreichung stieg der respiratorische Quotient schnell an und näherte sich stark der Einheit. Wurde der Zucker auf einmal in sehr grossen Mengen einverleibt, so wurde der respiratorische Quotient grösser als 1. Die Kohlensäure muss daher noch aus anderer Quelle stammen und diese Quelle ist die theilweise Umwandlung von Zucker in Fett, wobei Kohlensäure und Wasser abgespalten werden.

In der Inanition soll das Fett unvollständig, bis zum Zucker, oxydirt werden und dieser Process findet nach Chauveau auch bei Nahrungaufnahme statt, so dass wir eine direkte und eine indirekte Zuckerverbrennung hätten. Welchs die hauptsächliche ist, lässt sich durch den respiratorischen Quotienten nicht entscheiden.

V. Lehmann (Berlin).

205. **Action des injections intraveineuses de produits de digestions peptique et tryptique de la gélatine et du caséum sur la coagulation du sang chez le chien;** par Maurice Arthus et Adolphe Huber. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 857. Oct. 1896.)

Albumosen aus Fibrin, in gewisser Menge in die Venen gespritzt, heben bekanntlich die Gerinnungfähigkeit des Blutes auf und setzen den Blutdruck herab.

A. und H. zeigen durch Experimente an Hunden, dass auch die aus Gelatine und aus Käse erhaltenen entsprechenden Verdauungprodukte dieselben Eigenschaften haben. Hierzu sind von Gelatose 2 g pro kg Körpergewicht, von Caseose 1.5 g pro kg Körpergewicht nöthig.

V. Lehmann (Berlin).

206. **Recherches sur le mécanisme de l'action anticoagulante des injections intraveineuses de peptone;** par J. Athanasin et J. Carvallo. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 866. Oct. 1896.)

Nachdem A. und C. gezeigt haben, dass die bisherigen Erklärungsversuche für die anticoagulirende Wirkung des Peptons nicht ausreichen, kommen sie auf Grund ihrer Versuche dazu, anzunehmen, dass der Ungerinnbarkeit des Peptonblutes zwei Dinge zu Grunde liegen: 1) die veränderte morphologische Beschaffenheit von Blut und Lymphe, 2) Veränderungen im Verhalten der Blutkörperchen. Es zeigte sich nämlich, dass im Peptonblut und in der Peptonlymphe die Anzahl der weissen Blutkörperchen stark abnimmt, die der rothen dagegen zunimmt. Es zeigte sich ferner, dass sich beim Peptonthier starke Stauungen in den Abdominalorganen, besonders in Leber und Darm, entwickeln. Rothe und weisse Blutkörperchen scheinen in das interstitielle Gewebe der Organe überzutreten. Denn, wie ebenfalls nachgewiesen wird, wird die Beweglichkeit der Leukocyten im Peptonblut bedeutend erhöht. Mit der Verarmung des Blutes an Leukocyten geht aber natürlich Verarmung an Fibrinferment einher. Frei findet sich, wie gezeigt wird, Fibrinferment im Peptonblut nicht vor, sondern es wird erst durch Zerstörung von Leukocyten frei.

Aus der Leber eines Peptonhundes konnte ein Extrakt gewonnen werden, das, einem anderen Hunde eingespritzt, ausgedehnte Blutgerinnungen und dadurch den Tod herbeiführte. Der Organismus scheint demnach zum Schutze gegen die Peptonwirkung eine dem Fibrinferment ähnliche Substanz in der Leber zu bilden. V. Lehmann (Berlin).

207. **Ueber den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung;** von Hermann Frey. (Mittheil. aus Klin. u. med. Inst. d. Schweiz 4. R. 1. Heft. Basel. Carl Sallmann. 8. 47 S. 2 Mk. 40 Pf.)

F. hat mit dem *Mosso*'schen Ergographen, der es erlaubt, die Arbeitleistung des Muskels in einer Curve zu veranschaulichen, Experimente über den Einfluss des Alkohols auf die Muskelermüdung angestellt, zum Theil an sich selber, zum Theil an anderen Versuchspersonen, und die Resultate in einer grossen Anzahl Curven niedergelegt. Er selbst fasst am Schlusse seine Resultate wie folgt zusammen: 1) Der Genuss mässiger Quantitäten alkoholischer Getränke hat einen nachweisbaren Einfluss auf die Arbeitleistung der Muskeln, und zwar ist die Wirkung auf den nicht ermüdeten und den ermüdeten Muskel wesentlich verschieden. 2) Bei dem nicht ermüdeten Muskel verursacht der Alkohol eine Verminderung der maximalen Einzelleistungen in Folge einer Herabsetzung der peripherischen Erregbarkeit des Nervensystems. 3) Beim ermüdeten Muskel steigert der mässige Alkoholgenuss die Arbeitleistung bedeutend, indem durch den Alkoholgenuss dem Muskel neue Spannkräfte zugeführt werden. Der Alkohol hat also auch ernährende Eigenschaften. 4) Die grössere Einzelleistung nach Alkoholgenuss erreicht aber niemals diejenige des nicht ermüdeten Muskels, weil auch hier die Herabsetzung der peripherischen Erregbarkeit des Nervensystems zu Grunde liegt. 5) Die ausgesprochene Wirkung tritt schon 1 bis 2 Minuten nach Genuss des Alkohols auf und dauert längere Zeit an. 6) In allen Fällen hat der Alkohol eine Herabsetzung des Ermüdunggefühls zur Folge; die Arbeit erscheint daher bedeutend leichter. 7) Bei mässigen Alkoholdosen konnten keine ungünstigen Nachwirkungen nachgewiesen werden, die etwa den durch den Alkohol für den ermüdeten Muskel erzielten Gewinn wieder aufgehoben hätten; bei grösseren Dosen nehmen die Lähmungserscheinungen proportional zu und treten in den Vordergrund. Windscheid (Leipzig).

208. **Muskelkraft und Gaswechsel;** von Louis Schnyder. (Ztschr. f. Biol. XXXIII. N. F. XV. 3. p. 289. 1896.)

Dass die Kohlensäureausscheidung durch Arbeit vermehrt wird, dass aber der Zuwachs durch Uebung eine Verminderung erfährt, war schon von Max Gruber, sowie von Zuntz und Lehmann gezeigt worden.

Dasselbe konnte Sch. in den vorliegenden Untersuchungen bestätigen. Er zeigt aber auch, dass nicht nur die Uebung, sondern auch die allgemeine Kräftigung (bei Reconvalescenten) den Zuwachs der Kohlensäureausscheidung bei der Arbeit vermindert. Daraus ergiebt sich, dass der Geübte nicht allein deshalb sparsamer arbeitet, weil er unnöthige Mitbewegungen vermeidet, sondern dass vielmehr die Grösse der Anstrengung, nicht aber die Grösse der Leistung, den Stoffumsatz bedingt.

Beim Reconvalescenten arbeiten auch die beim normalen Menschen stets trainirten unwillkürlich thätigen Muskeln mit abnormer Anstrengung.

V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

209. **Ueber Zellen mit Eigenbewegung des Inhaltes beim Carcinom des Menschen und über die sogenannten Zelleinschlüsse auf Grund von Untersuchungen an lebensfrischem Material**; von Dr. Rosenthal in Dresden. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 104. 1896.)

In systematischer Weise wurden die Untersuchungen an 57 Carcinomen vorgenommen. Die Präparate wurden frisch oder steril conservirt benutzt und im hängenden Tropfen am heizbaren Objekttische stunden- und tagelang beobachtet. Bei verschiedenen Zellformen schienen zunächst Einschlüsse fremder Art vorhanden zu sein, wenn man jedoch diese Zellen mit denen anderer nicht carcinomatös entarteter Gewebe verglich, wurde die Sache zweifelhaft. Oft schienen Zellen wie beim Parasiten von einer Kapsel umhüllt zu sein, wahrscheinlich lag dann eine Verdichtung oder Aufquellung des Protoplasmas am Zellrande vor. Die Form der Kerne war vielfach durch Aufquellung oder Schrumpfung verändert (die Arbeit Amann's, Ueber Kernstrukturen in Uteruscarcinomen, Verhandl. d. deutschen Ges. f. Gynäkol. 1895, scheint unberücksichtigt geblieben zu sein), freie Kerne wurden öfters beobachtet. Körnchenzellen kamen in drei Formen vor: 1) als fettig degenerirte Zellen, 2) als Körnchenhaufen, 3) als runde Gebilde mit meist doppelter Contour und gefüllt mit gelben, eckigen oder länglichen Körnchen von meist glänzender Farbe. Der körnige Inhalt dieser letzteren Gebilde bewegt sich lebhaft im Innern der Zelle, tritt aus ihr heraus und schwirrt dann lebhaft in der Flüssigkeit umher. Ob an diesen Bewegungen die Flüssigkeit schuld ist, in der die Körnchen suspendirt sind, oder ob sie eine Kraftäusserung der Körnchen selbst ist, bleibt unentschieden. Im letzteren Falle würde der Vorgang an das Verhalten der Coccidien des Kaninchens erinnern.

Des Vergleichs wegen wurden verschiedene Parasiten und Keime solcher (Monocystis des Regenwurms, Coccidium oviforme u. s. w.) in gleicher Weise beobachtet; die Bilder unterschieden sich indessen wesentlich von den Carcinomzellen mit ihren sogen. Zelleinschlüssen. Die Arbeit ist mit zahlreichen Abbildungen ausgestattet.

Brosin (Dresden).

210. **Osservazioni preliminari sulla presenza dei blastomicetì nei neoplasmi**; pel Dott. E. Aievoli. (Estr. dal Policlin. II. 9. 1895.)

In einer ausführlichen Arbeit beschreibt A. die morphologischen Eigenschaften der Blastomyceten, die er in einem Mammacarcinom gefunden hat; er führt den Nachweis, dass diese Blastomyceten *parasitärer* Natur sind.

Emanuel Fink (Hamburg).

211. **Ueber Antistreptokokken-Serum**; von Dr. J. Petruschky. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 485. 1896.)

P. prüfte im Institute für Infektionskrankheiten in Berlin die von Marmorek im Frühjahre 1895 mitgetheilten Versuche mit dem Antistreptokokken-Serum nach. Er verwendete dazu ein in der *Lyoner* Serumfabrik hergestelltes und zwei aus dem Institut Pasteur stammende Sera, deren eines nebst einer Ausgang-Streptokokkencultur ihm von Marmorek selbst übersandt worden war. P. kam zu vollständig *negativem* Resultate. Er fand, dass die Dosis von einem Hundertmilliontel Cubikcentimeter *nicht* die sicher tödtliche Dosis für Kaninchen, wie Marmorek angiebt, ist, sondern nur ausnahmeweise tödtet. Die Ergebnisse über die *Virulenzhöhe* von Streptokokkenculturen, wie sie Marmorek erzielte, sind nichts Neues, da P. bereits seit mehreren Jahren über gleich virulente Streptokokken verfügt. Eine *Schutzwirkung* endlich gegen die Streptokokken-Infektion bei Kaninchen zeigte *keines der nachgeprüften Sera*, so dass sie *keinesfalls zu therapeutischen Versuchen am Menschen* empfohlen werden können. Ueberhaupt ist ein sicherer Beweis für die Möglichkeit einer Serumtherapie bei Streptokokken-Infektion bisher nicht erbracht.

Ficker (Leipzig).

212. **Praxis und Theorie der Rothlauf-Schutzimpfungen und Rothlauf-Immunität**; von Dr. O. Voges. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 515. 1896.)

Die Rothlauf-Immunität wird deshalb immer in der Geschichte der Bakteriologie eine bedeutende Rolle spielen, weil sie analog der gegen Pocken beim Menschen erreichten Immunität dadurch zu Stande kommt, dass der Thierkörper mit dem durch Uebertragung auf eine Reihe wenig empfänglicher Thiere (Kaninchen) abgeschwächten Virus behan-

delt und so in einen vorübergehenden Krankheitzustand versetzt wird. Diese von Pasteur angegebene Methode, die über allen Zweifel erhabene sichere Resultate liefert, kann gleichwohl, wie V. meint, in der Praxis nicht zur Anwendung kommen, da nicht nur eine Reihe pathologischer Veränderungen im Schweineorganismus durch die Injektion lebender Rothlaufkeime hervorgerufen wird, sondern auch weil durch diese Einverleibung der gefürchteten Keime erst recht eine weitere Verseuchung der Ställe stattfindet, da sie ja in vollvirulentem Zustande den Darm des geimpften Schweines mit dem Koth verlassen. Derselbe Grund ist auch gegen das Lorenz'sche Verfahren (passive Immunisirung mit dem Serum eines hoch immunisirten Schweines und danach aktive Immunisirung mit vollvirulenten Rothlaufculturen, sowie gegen ein von den Farbwerken Friedrichsfelde hergestelltes Geheimmittel *„Porcosan"*, das Rothlaufbakterien in Reincultur enthielt) geltend zu machen. V. kommt zu dem Schlusse, dass wir bisher noch kein in der Praxis brauchbares Mittel gegen den Schweinerothlauf besitzen.

Im Anschlusse an diese Kritik berichtet V. über Versuche zur Erforschung der Wirkungsweise des von rothlaufimmunisirten Thieren gewonnenen Serum. Diese Versuche beanspruchen aus dem Grunde Interesse, weil es V. gelang, für die Rothlaufantikörper Thatsachen festzustellen, die den von Pfeiffer für die Choleraantikörper gefundenen gleich sind: die *specifisch wirksamen Rothlaufantikörper* nämlich sind *nur im Thierkörper wirksam*, so dass Grund ist, anzunehmen, dass im Thierkörper eine inaktive verhältnissmässig resistente Formation der Antistoffe in eine aktiv wirksame Modifikation umgebildet wird. Die Wirkung der Rothlaufimmunsera ist specifisch baktericid.

Ficker (Leipzig).

213. **Le cause predisponenti alle localizzazione batteriche nel cervello**; pel Gaetano Bernabeo. (Giorn. dell'Assoc. nap. di med. 1—3. 1896.)

Durch experimentelle Untersuchungen stellte B. zunächst fest, dass die Unterbindung beider Carotiden bei Kaninchen die Ansiedelung des Bact. coli commune, des Eberth'schen Bacillus, sowie des Fraenkel'schen Pneumococcus im Gehirn begünstigt. In noch höherem Grade ist das der Fall, wenn man beide Jugulares externae und die anderen kleinen Venen der vorderen Halsgegend unterbindet. Eine Erschütterung, eine Contusion des Gehirns oder ein starker Druck machen dieses Organ für die Aufnahme des Typhusbacillus und des Fraenkel'schen Pneumococcus empfänglicher. Dasselbe ist der Fall mit Bezug auf diese Mikroorganismen, sowie auch auf Bacterium coli commune, wenn man die Meningen mit chemischen Stoffen reizt. Das Gehirn zeigt dagegen keine grosse Aufnahmefähigkeit für den Staphylococcus pyogenes aureus und für den Streptococcus des Erysipels.

Emanuel Fink (Hamburg).

214. **Vibrio tonsillaris (Klein), Beschreibung eines aus der Mundhöhle isolirten Vibrios**; von S. W. W. Stephens und R. F. Wood Smith. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIX. 24. 1896.)

Klein hat zuerst aus dem Rachensekret eines an Diphtherie Erkrankten diesen Vibrio isolirt. St. und Sm. haben ihn nunmehr ebenfalls wiederholt mit Diphtheriebacillen zusammen gefunden, isolirt und rein gezüchtet. Am besten eignet sich zur Isolirung ein aus ascitischem oder pleuritischem Exsudat hergestelltes „alkalisches Gemisch von Serum und Agar. Der Vibrio wächst auf Agar, Serum-Agar, Gelatine, Kartoffel, in Bouillon, Milch und Pepton; er ist pleomorphisch, bildet in den ersten Culturen gekrümmte und spiralförmig gewundene Gebilde, die je nach dem Nährboden, auf dem sie wachsen, sich etwas verschieden verhalten; er bildet keine Sporen, färbt sich leicht mit basischen Anilinfarben, nicht nach Gram, besitzt an seinen Enden 1—2 Flagellen. Er ist sehr beweglich, nicht pathogen.

Goldschmidt (Nürnberg).

215. **Bacillus pyogenes filiformis (Nov. spec.)**; by Simon Flexner. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VI. 56. 57. p. 147. 1895.)

Aus dem Uterus und den serösen Höhlen einer Laboratoriumratte, die, nachdem sie geworfen hatte, ohne sichtbare Veranlassung verendet war, vermochte Fl. einen pleomorphen, vielfach in Form langer Fäden auftretenden eitererregenden Bacillus zu züchten. Er giebt die morphologischen und culturellen Eigenthümlichkeiten des bisher nicht beschriebenen Infektionträgers an, dessen Züchtung ungewöhnliche Schwierigkeiten bot. Fl. stellt weitere Mittheilungen über diesen Bacillus in Aussicht.

Brückner (Dresden).

216. **Beitrag zur eitererregenden Wirkung des Typhus- und Colonbacillus**; von Dr. Adolf Schmidt in Bonn. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 32. 1896.)

1) Mittheilung einer Beobachtung von linkseitigem subphrenischen Abscess im Anschluss an Typhus bei einem 34 Jahre alten Kranken. Durch die Operation wurden etwa 3 Liter Eiter entleert; die bakteriologische Untersuchung ergab eine Reincultur von Typhusbacillen; eigenthümlich war deren braunrothe Farbe, die dünnflüssige Beschaffenheit, der fade, nicht fäkulente Geruch. Der Ausgangspunkt konnte nicht mit Sicherheit festgestellt werden; eine Perforation des Darmes war auszuschliessen, eher war ein perforirter Milzabscess oder eine vereiterte Mesenterialdrüse für die Entstehung des Abscesses verantwortlich zu machen. Die Heilung vollzog sich ohne Zwischenfall.

2) Mittheilung einer durch Bacterium coli verursachten Sekundärerkrankung. Schm. sah bei einem 20 Jahre alten Studenten in unmittelbarem Anschluss an eine schwere Colitis ein linkseitiges Pleuraempyem sich entwickeln. Die Untersuchung des steril aufgefangenen Eiters ergab eine Reincultur von Colonbacillen. Dieser

Befund steht ziemlich vereinzelt da, die vorangegangene Colitis aber macht die Einwanderung des Bacterium coli in die Pleurahöhle in dem Falle verständlich. Nachdem durch Heberdrainage der stark fötide Eiter entleert worden war (über 300 ccm), trat Heilung ein.

Patzki (Leipzig).

217. **Zur Kenntniss der Pyonephrose in bakteriologischer Beziehung**; von Dr. W. Hirschlaff. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 24. 1896.)

H. theilt den bakteriologischen Befund in einem Falle von Pyonephrose mit. Es handelte sich um einen 35jähr. Kr., bei dem die Diagnose durch Probepunktion gesichert wurde; der sofort angeschlossene operative Eingriff führte zur Heilung.

Zur Untersuchung wurde der bei der Probepunktion aus dem Nierenbecken steril gewonnene Eiter benutzt. Der gefundene Spaltpilz, der auf allen Nährböden in Reinculturen zur Entwickelung kam, stimmte in seinen Merkmalen mit dem Bact. lactis aërogenes Escherich's, insbesondere mit dem von Heyse in einem Falle von Pneumaturie kürzlich beschriebenen Spaltpilz überein, den Heyse selbst mit dem Bact. lactis aërogenes identificirte. Vielleicht besteht Identität zwischen Bact. coli commune und Bact. lactis aërogenes und vielleicht ist auch der von H. gefundene Bacillus zur Gruppe der polymorphen Colonbacillen zu rechnen; seine besonderen Eigenschaften gegenüber dem Bact. coli commune (Unbeweglichkeit, eigenartiges Wachsthum auf Gelatine, Gasbildung auf Kartoffeln, stürmische Vergährung der Milch und eiweisshaltiger Milchzuckerlösungen) lassen ihn immerhin als Varietät erkennen.

Patzki (Leipzig).

218. **Ueber experimentelle Blennorrhöe im Auge neugeborener Kaninchen, sowie Erfahrungen über die Cultur des Gonococcus**; von Dr. Julius Heller. (Charité-Annalen XXI. p. 874. 1896.)

Die Uebertragung der Gonorrhöe auf verschiedene Thiere ist zwar schon oft versucht, aber nie einwandfrei erreicht worden. H. legte die Gonokokken-Culturen in einer Mischung von Bouillon, Agar-Agar und Ascitesflüssigkeit an, wo sie ganz charakteristische, von H. ausführlich beschriebene Merkmale zeigten. Bei frischer Gonorrhöe, auch solcher mit fieberhafter Epididymitis, gelangen die Culturen leicht; dagegen versagte das Verfahren stets bei Impfversuchen von chronischer Gonorrhöe. Aus dem Eiter frischer Blennorrhöe der Augen-Bindehaut von Neugeborenen konnten Reinculturen gewonnen werden. Vorher gebrauchte Heilmittel beeinträchtigten bei Gonorrhöe und Augen-Blennorrhöe den Erfolg. Die Augen-Blennorrhöe der Erwachsenen ist übrigens eine im Verhältniss zu der Häufigkeit der Gonorrhöe geradezu auffallend seltene Erkrankung. White sah unter 700—800, Siegmund unter 1000 Tripperkranken eine Augen-Blennorrhöe. H. sah während einer 6jähr. Thätigkeit in der Syphilis-Klinik der Charité unter ca. 15—18000 Tripperkranken auch nicht einmal eine Augen-Blennorrhöe. Ob die Leute nie Gonokokken in die Augen gebracht haben oder ob der Gonococcus im Bindehautsacke, auf einem anderen Nährboden, andere biologische Eigenschaften angenommen hat? Hervorzuheben ist noch, dass in 2 Fällen von Blennorrhoea adultorum trotz wiederholter Abimpfungen keine Reinculturen gewonnen werden konnten.

H. impfte Gonokokkenculturen in das Auge von neugeborenen Kaninchen, nachdem er deren Lidspalten, die 12—14 Tage lang nach der Geburt geschlossen bleiben, künstlich eröffnet hatte. Es gelang bei der Mehrzahl der Kaninchen, eine typische Reaktion, einige Male mit ganz starker Eiterung, zu erzeugen. Das Bild entsprach vollständig dem der Blennorrhoea neonatorum. Impfungen mit anderen Culturen hatten keinen Erfolg. Die meist extracellulär gelegenen Gonokokken waren bei der experimentellen Blennorrhöe seltener, als bei der Blennorrhoea neonatorum und bei der frischen Gonorrhöe, aber doch unendlich viel häufiger, als bei der chronischen Gonorrhöe und Blennorrhöe. Impfungen in die Augen von 3—4 Wochen alten Thieren erzeugten keine Blennorrhöe, wohl aber eiterige Absonderung aus der Nase, wohin die dort gefundenen, den Gonokokken gleichenden extracellulären Diplokokken wohl durch Lidschlag und Thränenflüssigkeit geschwemmt worden waren.

Lamhofer (Leipzig).

219. **Experimentelle Untersuchungen über die Heilungsvorgänge von Lederhautwunden**; von Dr. Emil Krückmann in Leipzig. (Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 293. 1896.)

Zu den Untersuchungen K.'s wurden Kaninchen, Meerschweinchen, Hunde und Katzen verwendet. Die Wunde wurde mit dem *Gräfe*'schen Messer gemacht, verschieden gross, je nach der Grösse des Thieres. Es wurden nicht nur einfache lineare Schnittwunden, sondern auch Wunden mit Herbeiführung von Prolapsus und anderen Komplikationen angelegt. Die Heilung verlief stets aseptisch. Die Untersuchung wurde in den ersten Stunden nach der Verletzung oder später bis zum 120. Tage nach der Verletzung ausgeführt. Das Ergebniss der einzelnen mikroskopischen Befunde, ebenso der grob anatomische und der klinische und soweit als möglich auch der Augenspiegelbefund sind in der Abhandlung unter Beilage genauer Abbildungen ausführlich beschrieben; die Abweichungen von den in den letzten Jahren von Franke und anderen Autoren angestellten gleichen Untersuchungen sind besonders hervorgehoben. Dem Befunde bei Wundstörung ist ein eigener Abschnitt gewidmet. In klinischer Beziehung wichtig ist, dass auch eine regelrecht angelegte Wundnaht grössere Störungen in der Wundheilung bewirken kann.

Lamhofer (Leipzig).

220. **Experimentelle Untersuchungen über die Veränderungen in den inneren Augenhäuten nach kleinen Verletzungen**; von Dr. Herrnheiser in Prag. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 104. Nov. 1896.)

Die Versuche wurden an verschiedenen Thieren, besonders an Kaninchen, von H. gemeinschaftlich mit Prof. A. Pick zu dem Zwecke vorgenommen, um den Faserverlauf in den Sehnerven-Bahnen aus den Degenerationen nach vorhergegangenen kleinen Verletzungen zu erforschen. Es wurden die Augen an verschiedenen Stellen durch concentrirtes Sonnenlicht, mit einer Nadel oder galvanokaustisch verletzt. In der vorliegenden Arbeit ist hauptsächlich der klinische Befund nach solchen Verletzungen berücksichtigt. Es zeigten sich kleine Blutungen und mehr oder weniger starke Pigmentanhäufungen an der Wundstelle, aber auch noch in grösserer Entfernung davon, ferner Verfärbung und Schwellung der Papillenhälfte entsprechend der Seite des Auges, wo die Verletzung stattgefunden hatte, und Entstehung gelblich-weisser, runder Flecken (variköse Hypertrophie der Nervenfasern) über grössere Stellen der Netzhaut hin zwischen Verwundungsort und Papille. Ein Ersatz funktionfähiger Netzhautsubstanz konnte nie beobachtet werden. Aus den geschilderten Folgen so kleiner Verletzungen geht jedenfalls die Lehre hervor, dass auch anscheinend geringfügige Eingriffe am Auge nicht immer so harmlos verlaufen, wie dies von manchen Operateuren angenommen wird.

Lamhofer (Leipzig).

221. **Zur Frage über die Infektionsgefahr verschiedener Augenoperationen und über die Bedingungen des Uebergangs der Eiterung aus dem vorderen Theile des Augapfels in die tiefliegenden Augenhäute**; von Dr. N. Andogsky in Petersburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 1 u. 2. p. 11. 1896.)

Die Versuche A.'s wurden an Kaninchen gemacht. Es wurde Tusche oder Staphylococcus pyogenes aureus in die vordere Kammer gebracht im normalen Zustande, nach einer Iridektomie, nach Extraktion der Linse mit und ohne Verletzung der hinteren Kapsel. Ferner wurden Kammerwasser, Linse und Glaskörper auf ihren Werth als Nährboden für pyogene Keime geprüft.

Die Tusche wandert aus der vorderen Kammer eines normalen Auges durch den Fontana'schen Raum in den Schlemm'schen Kanal, nie aber in den Glaskörper. Wenn sie in letzteren direkt eingespritzt wird, wandert sie grösstentheils durch die Zonula Zinnii in die vordere Kammer. Das Gleiche gilt für Augen, an denen vorher eine Iridektomie, eine Extraktion der Linse oder eine Discission der Linse gemacht wurde. Ist aber dabei die hintere Linsenkapsel verletzt, so wandert die Tusche direkt durch den Kapselriss nach hinten durch den Glaskörper bis zur Papilla Nervi optici und in seine perivaskulären Lymphspalten.

Wird statt der Tusche Staphylokokkencultur eingespritzt, die nach Versuchen in Glasröhren am besten in Kammerwasser mit Linsenresten vermischt, weniger schnell in Kammerwasser allein oder in Glaskörperflüssigkeit gedeiht, so tritt Folgendes ein: Im normalen Auge bildet sich eine ziemlich schnell verlaufende Iritis oder Iridocyklitis aus. Wird aber die ganze Kammer mit unverdünnter frischer Cultur angefüllt, so tritt Vereiterung des ganzen Auges mit spontaner Perforation der Linsenkapsel ein. Auch an iridektomirten Augen und an aphakischen, nach Entfernung aller Linsenreste, ist die Reaktion auf nicht zu grosse Mengen eingeführter Kokken nicht schwer, die Iritis verläuft schnell. Wenn aber nach der Extraktion Linsenreste zurückblieben, so entsteht schon nach Einführung geringer Mengen von Kokken, die sich rasch vermehren, Panophthalmitis; ebenso geht jedes Auge zu Grunde, wenn die hintere Kapsel verletzt war. Im Sehnerv, sowie im Papillargewebe sind dabei keine Kokken zu finden.

Lamhofer (Leipzig).

222. **Experimentelle Untersuchung über die Spontanperforationen an der Sklero-Cornealgrenze nach Einführung aseptischer Stoffe in die vordere Kammer**; von Dr. Salzer in Heidelberg. (Arch. f. Ophthalmol. XLII. 2. p. 55. 1896.)

S. brachte in die vordere Kammer von Kaninchen Indigo, chinesische Tusche, Indigotin, chemisch reinen Kohlenstoff, schwefelsauren Baryt und Staphylokokken-Extrakt. Die stärkste chemotaktische Wirkung zeigte der Indigo, die geringste der chemisch reine Kohlenstoff. Nach ein paar Tagen oder nach längerer Zeit tritt an der Corneo-Skleralgrenze eine Perforation ein, die auf die entzündungerregenden Eigenschaften der eingeführten Substanzen zurückgeführt werden oder als rein mechanisch erklärt werden muss. Gegen die erstere Annahme spricht, dass keine mächtige Ansammlung von Leukocyten mit eiteriger Einschmelzung des Gewebes an der Durchbruchstelle zu finden ist. An der ohnehin an der Durchbruchstelle sehr dünnen und von vielen durchtretenden Gefässen siebförmig durchbrochenen Sklera entstehen durch mechanische Einwirkung Verletzungen der Gefässwände, darauf hin folgen Blutungen mit starkem Oedem und Durchbruch der Wand. Letzterer kann als natürlicher Heilungsvorgang gegenüber den das Auge bedrohenden Fremdkörpern angesehen werden. Die verschiedenen Arten der Untersuchung und Injektion sind in der Arbeit einzeln näher beschrieben.

Lamhofer (Leipzig).

223. **Die experimentelle Entzündung der Hornhaut bei Frosch und Taube**; von Dr. Paul Goecke in Köln. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 2. p. 293. 1896.)

G. untersuchte das von verschiedenen Autoren noch immer verschieden angegebene Verhalten der Hornhautkörperchen während der Entzündung der mit Argentum nitricum betupften Hornhaut, die Einwanderung von Leukocyten und deren Umgestaltung in der Hornhaut und die Entstehung des Hypopyon. Das Ergebniss ist folgendes: Die fixen Hornhautzellen haben bei der Entzündung einen gewissen Grad von amöboider Beweglichkeit. Die durch Mitose entstandenen Abkömmlinge der fixen Hornhautelemente sind contraktion- und lokomotionfähig. Sie sind vollkommen als „Wanderzellen" zu bezeichnen. Bei der Taube treten Form- und Ortsveränderung der Zellen schon vor dem Eintritte mitotischer Theilung auf. Die Wanderung der Zellen nach dem Aetzbezirke ist die Folge chemotaktischer Erregung. Diese Zellen allein liefern den Ersatz der zerstörten zelligen Elemente und des fibrillären Grundstoffes. Die in der entzündeten Hornhaut auftretenden Leukocyten sind aus den benachbarten Gefässen ausgewandert; ihre Vermehrung ist gering. Sie schaffen Zerfallsprodukte von Zellen und Ueberreste der Höllensteinlösung weg. Eine Entstehung zelliger Elemente aus dem Grundstoffe selbst (Schlummerzellen) findet nicht statt. Die Eiteransammlung in der vorderen Kammer (Hypopyon) stammt nicht aus dem Eiter von der Hornhaut her, sondern aus der Iris und dem Fontana'schen Raume. Lamhofer (Leipzig).

224. Ueber die ersten Stadien der experimentellen Tuberkulose der Kaninchencornea; von Dr. Franz Schieck in Heidelberg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 2. p. 247. 1896.)

Die Versuche Sch.'s wurden an Kaninchen unter strenger Antisepsis, aber ohne Anwendung von Atropin vorgenommen. Die Art der Einführung von Tuberkelbacillen, Tusche u. s. w. in die Hornhaut, ferner der Verlauf der Entzündung, die Beobachtungsdauer, sowie der mikroskopische Befund sind in ausführlichen Tabellen angegeben. Nach der Einführung von Bacillen beobachtet man in der Hornhaut kleine Herde von geblähten Zellen, die nichts anderes als epitheloid degenerirte fixe Hornhautzellen sind. Später dehnen sich die kleinen tuberkulösen Herde in die Breite aus und regen entferntere Zellen zur Proliferation an, die dann noch in Reihen in den dilatirten Saftkanälchen liegen. Dazu kommt die Einwanderung von Wanderzellen, die gleich wie die Umwandlung der fixen Hornhautzellen um so rascher und ergiebiger ausfällt, je stärker wirkend und je zahlreicher die eingebrachten Tuberkelbacillen waren. Erst nach 7 Wochen langer Beobachtung konnte Sch. Riesenzellen mit Bacillen finden, aber auch nur bei einem einzigen Auge. Lamhofer (Leipzig).

225. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen der Retina bei perniciöser Anämie; von Dr. Maximilian Bondi in Wien. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 85. 1896.)

B. hat 6 Augen von 4 an perniciöser Anämie Verstorbenen untersucht. Er fand, wie dies schon bisher klinisch nachgewiesen ist, in allen Augen verschieden grosse Blutungen der Netzhaut. Diese Blutungen können eine oder alle Netzhautschichten durchsetzen, wenn sie auch meist in der Nervenfaserschicht und der äusseren retikulären Schicht angetroffen werden. Die schon öfter beschriebenen hellen Punkte im Centrum der Blutungen sind bedingt zum Theile durch variköse oder gangliöse Degeneration der Nervenfasern, zum Theile durch anscheinend von den Gefässen aus ihren Ursprung nehmende, kugelige, aus einer hyalinähnlichen scholligen Masse bestehende Gebilde. Stets findet man bei der perniciösen Anämie variköse Hypertrophie und gangliöse Degeneration der markloson Nervenfasern in der Nervenfaserschicht der Netzhaut. Meist sind die Wandungen der kleineren und mittleren Gefässe erkrankt. Man sollte nach B. bei der perniciösen Anämie vielleicht eher von einer Haemorrhagia retinae, als von einer Retinitis haemorrhagica sprechen. Lamhofer (Leipzig).

226. The anatomical changes in two cases of retinal detachment; by Dr. Rob. L. Randolph. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 66 and 67. p. 179. Sept.—Oct. 1896.)

Bei der Untersuchung von zwei Augen, von denen das eine spontane, das andere eine durch eine Geschwulst bewirkte Netzhautablösung hatte, fand R. ausgedehnte Atrophie der Retinaschichten, besonders der Stäbchen und Zapfen; nur die granulirte Schicht war erhalten; Verdickung der Müller'schen Fasern; eiweissreiche Transsudate an verschiedenen Stellen der Netz- und Aderhaut und in grösserer Menge zwischen diesen beiden Häuten; und schliesslich, als das für die Entstehung der Netzhaut-Ablösung Wichtigste, eine fibrilläre Degeneration des Glaskörpers. Ein Riss der Netzhaut konnte in keinem Auge gefunden werden. Lamhofer (Leipzig).

227. Coloboma chorioideae; von Dr. Fr. Mannhardt in Hamburg. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. p. 518. 1896.)

Ein 29jähr. gesunder Matrose hatte über seinem auffallend klein aussehenden, fast blinden linken Auge ein Glasauge getragen. Wegen verschiedener entzündlicher Veränderungen wurde das Auge enucleirt und in fortlaufende Serienschnitte zerlegt. Während die Hornhaut nur eine Breite von 5 mm hatte, betrug der Durchmesser des Augapfels 17—18 mm. Es bestanden ein reines Aderhautcolobom ohne Betheiligung der Iris, über das die wenig veränderte Netzhaut hinwegzog, Ablösung des Ciliarkörpers der einen Seite, Ortsveränderung der Linse, die ganz hinten im Glaskörper, aber nicht auf dem Boden desselben gefunden wurde, Ausbuchtung der Sklera ohne Verdünnung, ferner am Rande des Coloboms ein eigenthümlicher, Muskelbündel enthaltender Zapfen der Aderhaut, den M. als Corp. cil. spurium auffasst und mit dem die Netzhaut verbunden war, wie auch die Lage der Linse der Lage dieses Zapfens entsprach. Die näheren histologischen Angaben über diese in entwickelungsgeschichtlicher Hinsicht sehr bemerkenswerthen Veränderungen des Auges müssen im Originale nachgelesen werden. Lamhofer (Leipzig).

228. **Ueber experimentelle Erzeugung von Unregelmässigkeiten des karyokinetischen Processes**; von Dr. Gino Galeotti in Florenz. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 1. 1896.)

Die interessanten, mit grossem Verständniss gesichteten Untersuchungen G.'s über experimentelle Störungen der Karyokinese wurden an Salamandern ausgeführt, denen eine kleine Hautwunde beigebracht war und die hierauf für längere Zeit den Einwirkungen *höherer Temperaturen* oder der *Elektricität* im Wasserbade ausgesetzt wurden. Wir können aus den zahlreichen Ergebnissen hier nur die hauptsächlichsten hervorheben.

A. *Temperatur.* Die Thiere wurden im Ganzen etwa 10 Tage lang in Brutschränken, deren Temperatur bis zum 3. Tage allmählich auf 36° stieg, gehalten; nur wenige Thiere ertrugen diese Wärmeerhöhung bis zuletzt, die meisten gingen durch Infektion mit Hydrophilus fuscus zu Grunde.

Die Wirkungen der Temperaturerhöhung zeigten sich einmal in der Steigerung der mitotischen Vorgänge, dann in verschiedenen Formen der Degeneration. Die Steigerung offenbarte sich in der Umgebung der Wunde in *Zunahme der Zahl der Mitosen;* im Gebiete der Heilung selbst fanden sich häufig *asymmetrische Mitosen* in allen Stadien. Von den hierbei entstandenen, mit entsprechenden Quantitäten von Cytoplasma versehenen Tochterzellen schienen die hyperchromatischen mehr Wachsthum- und Ernährungenergie, die hypochromatischen mehr Neigung zur Degeneration zu besitzen. Beide Zellenarten können wieder von Nenem Mitosen bilden, mit viel oder wenig Chromosomen; bei den hyperchromatischen Zellen kommt es dabei häufig zu pluripolaren Mitosen. Betreffs der Form der Schleifenbildnng bei letzteren vertritt G. die Ansicht, dass die Chromosomen in gewöhnlicher Weise sich in 2 Hälften spalten und dass dann erst die neuen Chromosomen sich in gleicher Menge den einzelnen Polen zuwenden.

Die Degeneration erschien in den Formen der *Pigment-* und der *vacuolären Degeneration.* Bei ersterer erscheint das Cytoplasma homogen und enthält reichlicher Pigmentkörner, als in normalen Zellen, auch confluirten die Körner in pathologischer Weise. G. lässt sie aus den verkümmerten Chromatinballen der Kerne entstehen: der ruhende Kern zeigt häufig, bei unfärhbarem Karyoplasma, färhbare, aber zerstückelte Chromatinhaufen, bei der Mitose erscheint dementsprechend die von den normal gehliebenen Kerntheilen ausgehende Schleifenhildung gering, die Schleifen selbst waren klein, dünn. Im Diasterstadium pflegen die Schleifen zu plumpen Ballen zu verschmelzen, damit tritt dann Stillstand der Mitose und weiterhin allmählicher Zerfall der Kernmassen ein. Bei der vacuolären Degeneration enthält das Cytoplasma, das dichter erscheint und starke intercelluläre Brücken bildet, Vacuolen; das Chromatin verringert sich nnd wird statt basophil, allmählich acidophil. Der Process der Mitose leidet allmählich unter der zunehmenden Schwächung des Cytoplasma: vorwiegend handelt es sich um Störung des Spindelaufbaues, und in dem Maasse der Spindelmissbildung leidet auch die von dem Spindelban abhängige Wanderung der Chromosomen nach den Centrosomen; doch geht immerhin, wenn anch nur theilweise, diese Wanderung von Statten. So können die Bilder der bekannten „Kerneinschlüsse" entstehen, bei denen neben einer scheinbar ganz normalen Mitose versprengte und verklumpte Chromatinballen im Kernraum liegen. Die Färbbarkeit der Chromosomen nimmt im gleichen Sinne wie diejenige des ruhenden Kernes ab.

B. *Elektricität.* G. verwandte den galvanischen nnd faradischen Strom, den er 3 und mehr Tage lang ununterbrochen auf Salamander, denen Hautwunden heigebracht waren, im Wasserbad von 15° einwirken liess.

Der *galvanische* Strom erzeugt fast immer Degenerationen der ruhenden Zellen, bez. der Mitosen, schafft aber keine specifischen Alterationen der letzteren. Im geringsten Grade erscheinen die Zellen dichter, ihr Chromatin stark färhbar, bisweilen körnig. Mitosen sind so häufig wie bei Salamandern ohne elektrische Behandlnng; ihre Störungen beziehen sich vorwiegend auf Alteration des Achromatins mit sekundärer Unordnung der Chromosomenfiguren; bisweilen finden sich Chromatinverklumpungen. Der stärkere Grad zeigt stark geschrumpftes Cytoplasma; der Kern enthält kein Karyoplasma, das Chromatin ist zerstückelt; die Mitosen sind spärlich, ebenso die Zahl der sie hildenden Chromosomen, doch können sie bis zum normalen Ende ahlaufen. Man erkennt, dass die normaler Weise so genau vorgeschriebene *Zahl* der Chromosomen für den Ablauf der Karyokinese nicht unbedingt nothwendig ist. Der stärkste Grad stellt schon fast das Bild der Nekrose dar; das Cytoplasma wird körnig, der Kern liegt zusammengezogen in einem Hohlranm, seine Färbung ist acidophil; Mitosen gehen solche Zellen nicht mehr ein.

Liess G. den galvanischen Strom kurze Zeit auf bereits in der Entwickelung begriffene *normale* Mitosen einwirken, so erfolgte zuerst eine Störung der achromatischen, dann auch der chromatischen Elemente bis zn völliger Verklumpung; Mitosen wurden durch diese Galvanisation stärker beeinflusst, als die gleichzeitig getroffenen ruhenden Kerne.

Eine 10tägige *Faradisation* erzeugte keine Veränderung der Mitosen, nur erschienen bereits ablaufende Mitosen, die dem faradischen Strom plötzlich ausgesetzt wurden, durch das sich contrahirende Protoplasma etwas comprimirt und verdickt. Dagegen zeigten die Thiere im Allgemeinen fast gar keine Mitosen, sondern an deren Stelle so reichliche direkte Theilungen, dass relativ zu dicke

Epithellagen geschaffen wurden. Die direkten Theilungen der Kerne waren von Theilung des Zellenleibes begleitet oder auch nicht. G. erklärt sich diese höchst interessante Beobachtung dahin, dass durch den steten Wechsel der elektrischen Stromrichtung die Orientirungscentra nicht zur genügenden Ausbildung kommen; da die Zellen aber die Neigung zur Theilung bewahren, so erfolgt diese eben auf direktem Wege. Für diese Hypothese sprach der Ausfall des Experimentes mit faradischen Strömen, deren Schliessstrom durch Ausschaltung des Gegenstromes ausschliesslich dem Gewebe zugeführt wurde: hierbei blieben die Mitosen erhalten und erlitten nur in verschiedenen Achsen, sowohl der zur Spindelachse parallelen, als der zu ihr senkrechten, starke Zerrungen, in Folge der gleichzeitig auftretenden starken spindelförmigen Streckungen der Epithelzellen nach der Stelle des Eintrittes des elektrischen Stromes hin. Protoplasmadegeneration fand sich dabei nicht.

• Beneke (Braunschweig).

229. **Ueber die Fibrinbildung an serösen und Schleimhänten**; von Geh. Med.-Rath Prof. J. Orth. (Nachricht. d. k. Gesellschaft d. Wissenschaften zu Göttingen [math.-physik. Klasse] Heft 3. 1893.)

Die Ausführungen O.'s beziehen sich auf die von Grawitz-Schleiffarth aufgestellte, fernerhin von Neumann aufgenommene, von Marchand bekämpfte Angabe, dass das fibrinöse Exsudat, speciell bei der akuten Pleuritis, aus einer fibrinoiden Umwandlung der Pleurabindegewebefasern entstehe. O. stellt sich dieser Annahme vollkommen gegenüber, indem er hervorhebt, dass dieses Bindegewebe, speciell die Schicht zwischen der elastischen Grenzmembran und dem Pleuraepithel, unter der fibrinösen Auflagerung vollständig erhalten sein und sogar dicker erscheinen kann, und dass auch die Epithellage selbst unterhalb des Fibrins sich oft genug nachweisen lässt. Finden sich feinfädige Fibringerinnungen auch zwischen den Bindegewebefibrillen der obersten Schicht, so ist O. geneigt, sie als postmortale zu deuten, ähnlich wie die oft so ausgedehnten feinfädigen Fibrinnetze in der Submucosa etwa einer mit intravital entstandener Diphtheriemembran bedeckten Epiglottis.

Andererseits glaubt O. aber auch bei manchen chronischen Processen, namentlich tuberkulösen, aber auch bei sarkomatösen und carcinomatösen Entzündungen gewisse schmale, der Oberfläche parallel verlaufende hyaline Bänder, die direkt in das Bindegewebe übergehen, als den Ausdruck einer *unter Betheiligung eines fibrinösen Exsudates* sich entwickelnden fibrinoiden Umwandlung der Bindegewebesubstanz deuten zu müssen. Aehnlichen Vorgängen verdankt auch die hyaline Degeneration der Gefässwände bei Diphtherie in der Tiefe des Gewebes, die typische Fibrinreaktion giebt, ihre Entstehung. Beneke (Braunschweig).

230. **Ueber Leberdegeneration bei Gastroenteritis**; von Dr. M. Thiemich in Breslau. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 1. 1896.)

32 akute Gastroenteritiden bei Kindern des ersten Lebensjahres wurden mit specieller Berücksichtigung der *Fettdegeneration der Leber* untersucht; in 9 Fällen fehlte diese ganz oder fast ganz, in 20 erreichte sie erhebliche, in 3 sehr hohe Grade. Die Degeneration bestand in der Anfüllung der Leberzellen mit meist grösseren, seltener kleinen Fetttröpfchen, wobei der Kern zur Seite gedrängt, bisweilen auch deutlich atrophisch wurde. Meist war die Peripherie der Acini am stärksten erkrankt, bisweilen auch das Centrum oder man sah abgegrenzte Herde im Acinus.

Da diese Fettablagerungen nicht aus der Nahrung stammen konnten, auch die Verhältnisse der Kerne ihre Deutung als degenerative verlangten, so glaubt Th. annehmen zu sollen, dass das Fett in der Leber deponirt wurde, nachdem es durch die Stoffwechselstörung den anderen Organen entzogen war und nachdem vielleicht durch eine Autointoxikation auf gleicher Basis die Leberzellen geschädigt waren. Eine lokale schädigende Bakterienwirkung, etwa durch Einwanderung vom Darm in die Blutgefässe und Ablagerung in den Lebercapillaren, lehnt Th. ab. Der Process kann sich wahrscheinlich in wenigen Tagen entwickeln; einmal ausgebildet, muss er die physiologischen Leistungen der normalen Leber (Harnstoffbildung, Regulirung der Blutalkalescenz, „Entgiftung“ des Pfortaderblutes u. s. w.) entsprechend herabsetzen.

Beneke (Braunschweig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

231. **Ueber den antiseptischen Werth des Jodoforms in der Chirurgie**; von Dr. P. F. Lomry in Löwen. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 787. 1896.)

In dieser „gekrönten Preisschrift“ berichtet L. über eingehende experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Jodoforms auf die künstlich inficirten Wunden der Thiere, auf die Mikroben in vitro und auf die weissen Blutkörperchen.

Seine Ergebnisse fasst er in folgenden Schlussfolgerungen zusammen: „1) Wenn man beim Hunde oder beim Kaninchen Wunden mit Staphylococcus oder Streptococcus pyogenes inficirt und die einen mit Jodoform behandelt, die anderen ihrem Schicksal überlässt, so constatirt man, dass das Jodoform unbestreitbar eine günstige Wirkung auf die Wunde ausübt; diese ist schöner und lebhafter, die Leukocyten sind mindestens eben so zahlreich und besser

erhalten, die Sekretionen sind vermindert und die Vernarbung vollzieht sich schneller. 2) Man darf den Bakteriologen nicht Glauben schenken, welche jede antiseptische Eigenschaft des Jodoforms ableugnen. Sie sind zu diesen Resultaten gelangt, weil sie für ihre Untersuchungen Nährböden gebraucht haben, welche das Jodoform nicht lösen. Wenn man in vitro mit natürlichen Nährböden arbeitet, so sieht man, dass das Jodoform eine unbestreitbare Wirkung ausübt. 3) Das Jodoform schwächt die Virulenz des Staphylococcus und Streptococcus pyogenes ab. 4) Das Jodoform neutralisirt oder zersetzt die Mikrobentoxine, aber diese Neutralisation und Zersetzung ist unvollständig. 5) Das Jodoform ist weder für die amöboiden Bewegungen, noch für die phagocytäre Thätigkeit der weissen Blutkörperchen schädlich; es regt im Gegentheil ihre Bewegungen sogar ein wenig an." P. Wagner (Leipzig).

232. **Zur Behandlung der Insektenstiche**; von W. Ottinger. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49. 1896.)

P. hat sehr gute Erfahrungen gemacht bei der Behandlung von Insektenstichen mit *Ichthyol*. Man kann reines Ichthyol aufpinseln, man kann eine Ichthyolsalbe aufstreichen, am bequemsten ist das Bekleben der gestochenen und entzündeten Stelle mit Ichthyol-Guttaperchapflastermull (10%).

Dippe.

233. **Der Harnstoff als Arzneimittel**; von Dr. G. Klemperer in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47. 1896.)

Kl. knüpft an seine erste Mittheilung über den Harnstoff als Diureticum an und berichtet jetzt kurz über 57 mit Urea behandelte Kranke. Er giebt zu Anfang Ureas purae 10.0, Aqu. dest. 200 für 1 Tag, steigt dann schnell auf 15—20 g pro die und lässt im Ganzen etwa 200—250 g nehmen. Das Mittel versagt, sobald die Nieren erkrankt oder doch durch starke Stauung erheblich geschädigt sind. Handelt es sich um einen Erguss in das Bauchfell oder in die Pleura bei gesunden Nieren, so sind die Erfolge oft vortrefflich.

Dippe.

234. **On the action of large doses of dilute mineral acids on metabolism**; by James Crawfurd Dunlop. (Journ. of Physiol. XX. 1. p. 82. 1896.)

Menschen, denen grosse Dosen einer Mineralsäure verabreicht wurden, zeigten starke Steigerung der Diurese, schwache oder keine Steigerung der Acidität im Harn, Steigerung der Ausscheidung von Ammoniak und stickstoffhaltigen Extraktivstoffen, Verminderung der Harnstoffausscheidung, Steigerung der Natriumausscheidung.

V. Lehmann (Berlin).

235. **Gli effetti delle acque alcaline sul consumo azotato e sulla formazione dell'acido urico**; pel Domenico Lo Monaco. (Policlinico III. 14. p. 345. 1896.)

Zur Bekämpfung von gichtischen Erkrankungen werden bekanntlich alkalische Salze als wirksames Mittel vielfach verwendet. Man geht hierbei von der Voraussetzung aus, dass diese Substanzen die Diurese steigern und so die Ausscheidung der Harnsäure erleichtern. Dadurch soll deren Ablagerung in den Geweben und besonders in den Gelenken verhindert werden. Diese unter den Praktikern allgemein verbreitete Ansicht haben die wissenschaftlichen Untersuchungen nicht vollkommen bestätigt.

Die von M. mit grösster Sorgfalt ausgeführten Stoffwechseluntersuchungen bei Gebrauch von alkalischen Mineralwässern ergaben folgende beachtenswerthe Resultate. Vorausgeschickt sei, dass er bei seinen Untersuchungen anstatt der zur Behandlung der Gicht sonst gebräuchlichen, doppeltkohlensaures Natron enthaltenden Wässer das in Italien zu demselben Zwecke weit verbreitete Sangeminiwasser verwendete, in dem der wirksame Bestandtheil aus doppeltkohlensaurem Kalk besteht. Letzterer ist nach den klinischen Erfahrungen Cantani's dem doppeltkohlensauren Natron bei der Behandlung der Gicht mindestens gleichwerthig. M. konnte nun den Nachweis führen, dass das Sangeminiwasser keine diuretische Eigenschaft besitzt. Dagegen unterstützt es die Verdauung und erleichtert die Resorption der aufgenommenen Nahrung. Für diese Thatsache spricht die erhebliche Abnahme der Stickstoffausscheidung mit dem Kothe und ihre Zunahme im Harne beim Gebrauche des Sangeminiwassers. Schliesslich zeigte es sich, dass die Bildung von Harnsäure durch die Einwirkung des Sangeminiwassers vermindert wurde. Die bemerkenswertheste Thatsache ist also die, dass, während der Gesammtconsum der stickstoffhaltigen Substanzen sich steigert, die Bildung und Ausscheidung von Harnsäure unter dem Gebrauche von doppeltkohlensauren Kalk enthaltendem Wasser abnimmt. Emanuel Fink (Hamburg).

236. **Ueber Resorption und Ausscheidung des Eisens**; von Prof. H. Quincke. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 290.)

Bunge hat bestritten, dass als Arznei gegebenes Eisen aus dem Darme aufgesaugt wird, Qu. hat mit Anderen dieser Behauptung widersprochen und hat neuerdings an Mäusen versucht, das Eisen mikrochemisch vom Darme in den Körper hinein zu verfolgen. Dabei zeigte es sich, dass das Eisen in der That resorbirt wird, aber *nur vom Duodenum* her. Man findet auch in der Dickdarmwand Eisen, hat es hier aber augenscheinlich mit einer Ausscheidung (nicht durch die Drüsen, sondern durch Leukocyten und Epithelien) zu thun. Dippe.

237. Ueber Eisenresorption und Ausscheidung im Darmkanal; von H. Hochhaus und H. Quincke. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 159. 1896.)

Die Arbeit enthält eine ausführliche Mittheilung der vorstehend erwähnten Versuche. H. u. Qu. haben bei Mäusen, Meerschweinchen und Ratten, Kaninchen und Fröschen mikroskopisch mit Hülfe der Schwefelammoniumreaktion nach Verfütterung von Eisen in Form von Ferratin + Käse, Carniferrin, Eisenoxydhydrat, Ferropeptonat den Weg studirt, auf dem das Eisen in die Säftemasse des Körpers hereingelangt und wieder ausgeschieden wird. Ihre Ergebnisse lauten wie folgt: Das bei Mäusen medikamentös zugeführte Eisen wird ausschliesslich im Duodenum resorbirt und jedenfalls theilweise durch die Lymphwege den Mesenterialdrüsen zugeführt, theilweise vielleicht durch die Blutgefässe resorbirt. Wahrscheinlich wird auch das sogen. „Nahrungseisen" an der gleichen Stelle resorbirt. Für die obengenannten 4 Eisenpräparate war ein Unterschied der Resorption nicht erkennbar. Sehr grosse Dosen des Eisens in Form des Eisenoxydhydrats machten Störungen der Ernährung, in Form des Carniferrins nicht.

Die Ausscheidung des Eisens geschieht bei Maus, Frosch, Kaninchen, Meerschweinchen durch die Schleimhäute des Coecum und Dickdarms; doch scheinen die einzelnen Darmtheile in verschiedenem Grade je nach der Thierspecies an der Ausscheidung betheiligt zu sein. Die Ausscheidung scheint in zeitlichen und örtlichen Schüben durch Auswanderung von Leukocyten und Abstossung von Epithelien stattzufinden. Bei Maus und Ratte nimmt auch die Niere an der Eisenausscheidung theil. H. Dreser (Göttingen).

238. Ueber direkte Fe-Reaktion in thierischen Geweben; von H. Quincke. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 183. 1896.)

Qu. räth als zuverlässigstes mikrochemisches Reagens Schwefelammonium, entweder rein oder bis auf $^1/_{10}$ verdünnt, am besten auf die in Alkohol gehärteten Organstücke oder die mikroskopischen Schnitte einwirken zu lassen, je nach dem Eintritte der vollen Färbung einige Minuten bis 1 Stunde. Nach dem Abspülen in Wasser wird der Schnitt in Glycerin untersucht. Zu Dauerpräparaten eignet sich dies Verfahren aber nicht. Die Schwefelammoniumreaktion geben nicht Hämoglobin, Methämoglobin, Hämatin und eine Anzahl nicht näher bekannter Eisenverbindungen; dagegen gehören zu den direkt mit Bildung von schwarzgrünem Schwefeleisen reagirenden Eisenverbindungen: das Ferratin und andere in der Leber vorkommende Eisenalbuminate, das Hämatogen im Eidotter und die unter dem Namen Hämosiderin zusammengefassten Abkömmlinge rother Blutkörper.

Die Ferrocyankaliumreaktion ist nicht nur weniger empfindlich, sondern giebt auch leicht trügerische Bilder, indem Eisenreaktionen an Zellkernen auftreten können, wo die Schwefelammoniumreaktion nicht einmal spurenweise an den Kernen auftritt.

H. Dreser (Göttingen).

239. Ueber den Werth der arzneilichen Antipyretica. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 37.)

Der 1. Referent, Prof. Kast, geht in der Hauptsache nur darauf ein, *ob es überhaupt einen Sinn hat, bei Infektionskrankheiten die erhöhte Temperatur herunter zu drücken* und beantwortet diese Frage (abgesehen von Ausnahmefällen) mit *Nein.* Die erhöhte Temperatur begünstigt weder Wachsthum, noch Kraft der Krankheiterreger und schädigt andererseits die Schutzkräfte des angegriffenen Körpers nicht nur nicht, sondern fördert sie; wenigstens fand K., dass bei mit Typhus inficirten überhitzten Thieren wesentlich kleinere Mengen der Pfeiffer'schen Antikörper günstiger wirkten als bei nicht überhitzten. Neuere Untersuchungen haben auch gezeigt, dass die mancherlei Schädigungen, die die hohe Temperatur auf das Blut und die Gewebe ausüben soll, anderen Dingen zur Last fallen.

Der 2. Referent, Prof. Binz, bespricht die *Art und Weise, in der die wichtigsten Fiebermittel wirken.* Das *Chinin* wirkt durch seinen eigenthümlichen Einfluss auf lebende Zellen. In ähnlicher Weise wie auf die Malariamöben, nur schwächer, übt es diesen Einfluss auch auf die Zellen, die den Körper zusammensetzen, aus, es setzt ihre Thätigkeit, namentlich ihre Fähigkeit, Sauerstoff aufzunehmen, herab. Die *Salicylsäure* hat auch eine specifische Einwirkung auf lebende Zellen (Gelenkrheumatismus), steht aber der *Antipyringruppe* nahe, deren Mitglieder (Antipyrin, Antifebrin, Phenacetin, Thallin) vom Gehirn aus durch das Centrum der Wärmeregulirung auf die erhöhte Temperatur einwirken. Bei dem *Weingeist* endlich kommt Verschiedenes in Betracht. Seine kräftigende Einwirkung auf das Herz, wodurch das erhitzte Blut mehr an die Oberfläche getrieben wird, seine antiseptische Kraft und wohl auch die Anregung der Diurese und die damit verbundene stärkere Herausspülung von Giften.

Als 3. sprach Prof. Unverricht *über das Fieber* und führte aus, dass alle Versuche, das Fieber als etwas Selbständiges hinzustellen und zu erklären, vollkommen unhaltbar sind. Es ist hohe Zeit, diesen Namen und Begriff fallen zu lassen und die Erscheinungen, die „das Fieber" zusammensetzen, ihrer Bedeutung und Entstehung nach einzeln entsprechend zu betrachten und zu würdigen.

Unverricht hat seine Ansichten in einem inzwischen erschienenen Hefte der v. Volkmann'schen Sammlung klin. Vorträge („Ueber das Fieber" Nr. 159) genauer ausgeführt.

Die alten Fiebertheorien sind falsch. Die Fiebererscheinungen sind von der Erhöhung der Körperwärme mehr oder weniger vollkommen unabhängig. Diese Erhöhung ist augenscheinlich in der Mehrzahl der Fälle für den kranken Körper günstig.

Dippe.

240. **Interprétation de l'action physiologique et thérapentiqne de l'acide salicylique et des salicylates**; par G. Pouchet. (Bull. de Thér. LI. 3. 4. p. 65. 97. Févr. 8. 28. 1896.)

P. spricht sich über die Wirkungen der Salicylsäure, nachdem er deren allbekannte chemische und physikalische Eigenschaften nnd die Anschauungen über die Wirkung dieser Säure besonders in Bezug anf die Centralnervenorgane und die Nieren erörtert hat, in folgender Weise aus: Sie setzt die Lebensthätigkeit des Protoplasma herab, indem sie dessen Begier nach Sauerstoff vermindert; sie verlangsamt die formativen nnd regressiven Processe, hält die amöboiden Bewegungen der Leukocyten an und hebt die Diapedese auf; sie lässt ihre Wirksamkeit erkennen durch verschiedene therapentische Eigenschaften, die sie besitzt. Dies gilt besonders hinsichtlich ihrer specifischen Wirkung gegen akuten Gelenkrheumatismus und Gicht, eine Wirkung, die sich nicht auf die noch unbekannte wesentliche Ursache der Gicht zu erstrecken braucht, sondern vielmehr nur auf die bestehenden anatomischen Veränderungen. Sie zeigt aber auch zugleich eine Wirkung ähnlich derjenigen, die das Chinin auf die Malaria oder das Quecksilber auf die Syphilis ausübt. Ausser dieser specifischen Wirkung, die man als eine specifisch antiseptische bezeichnen könnte, besitzt jedoch die Salicylsäure noch allgemein antiseptische, die zwar nicht stark, jedoch besonders bei Variola, Diarrhöe, Diphtherie u. s. w. von Werth sind. Sie ist ausserdem von Nutzen, wo es gilt, unvollständig oxydirte Stoffe (dechats) zn vermehrter Ausscheidung zu bringen. Die Salicylsäure ist dabei ein oft sehr wirksames Cholagogum, ebenso ein Antithermioum, doch ist diese Wirkung schon als eine toxische zu betrachten. Kurz gesagt ist die Salicylsäure ein symptomatisches und nicht eigentlich gegen eine Diathese gerichtetes Mittel; man kann durch sie nur vorübergehende Zufälle heilen, aber weder deren Rückkehr, noch selbst Complikationen zuvorkommen, wie solches bei dem Chinin hinsichtlich der Malaria oder heim Quecksilber hinsichtlich der Syphilis der Fall ist.

O. Nanmann (Leipzig).

241. **Sur le panbotano**; par Gabriel Ponchet. (Nouv. Remèdes XII. 15. p. 441. Août 1896.)

Seit einigen Jahren war man auf die fieberwidrigen Eigenschaften einer mexikanischen Droge, des *Panbotano,* aufmerksam geworden und J. Dinan (Etude sur le panbotano comme succédané du quinquina. Thèse de Paris 1896. Steinheil) hatte Beobachtungen veröffentlicht, die genügend für den Werth dieser Droge zeugen; doch giebt es verschiedene Arten des Panbotano, die nicht oder nur wenig wirksam sind, die sich jedoch leicht nnterscheiden lassen. P., der von Dinan eine Anzahl Proben erhalten hatte, bestätigt die Wirksamkeit des Panbotano, soweit solches eben durch Versnche an Thieren möglich ist, und giebt folgende Beschreibung.

Die Pflanze gehört zu der Gattung Caliandra; die P. vorliegenden Wurzelstücke waren 15—20 cm lang und von sehr verschiedenem Durchmesser, fast geruchlos; die Rinde auf dem Schnitte gemsfarben, die äussere Oberfläche hellbraun, etwas in's Röthliche spielend, die Innenfläche gelblich; auf dem Quersohnitte ist die Wurzel hellgelb, an der Luft sich etwas bräunend. Die Analyse der gepulverten Wurzel liess folgende Stoffe erkennen: 1) eine erhebliche Menge Saponin, 2) ein nicht näher bestimmtes Alkaloid, von dem man das salzsanre Salz gewinnt in Form eines krystallisirten, in Wasser löslichen Korpers, der ausgefällt wird durch die allgemeinen Reaktivmittel für Alkaloide (und durch Pikrinsäure) und der eine schwache, von P. noch nicht näher erforschte Wirkung auf das Froschherz ausübt, 3) eine gefärbte harzige Snbstanz, die sich in alkalischer Flüssigkeit, diese sättigend, löst nnd auf Herz und Kreislauf wirkt, 4) eine ungefärbte, in kochendem Alkohol lösliche harzige Snbstanz, die keine physiologische Wirkung zeigt.

Ausserdem enthielt die Droge noch eisengrünende Gerbsäure.

Physiologische Wirkung. Das Alkaliresinat wirkt ausser, wie schon erwähnt, auf Herz und Kreislauf örtlich ziemlich stark reizend und erzeugt, einem Meerschweinchen in kaltgesättigter Lösung (20 cg auf 1 ccm Wasser) subcutan eingespritzt, örtliche Abscedirung, eine intraperitonäale Einspritzung aber von 50 cg auf 5 ccm tödtet es nach 4 Stunden nnter schweren Erscheinungen, die hauptsächlich in Herabsetznng der Temperatur (von 37.8° anf 30.2°), Anfhebnng der Reflexe, Verlangsamung der Herzthätigkeit nnd, nach vorausgegangenem dyspnoischem Znstande, der Athmung bestehen. Man findet: allgemeine, stellenweise sehr starke Blntüberfüllung des Darmkanals und besonders der Nieren, Blutaustritte in das Peritonaeum, Lungen und Herz asphyktisch. Bei Fröschen beträgt die vergiftende Gabe zwischen 7 und 10 cg. Nach 25 mg zeigt der Kardiograph eine beträchtliche Verstärkung der Schlagweite der Contraktionen an, deren Zahl eine lange Zeit stationär bleibt, dann gebt die Systole in 2 Zeiträumen vor sich, die Zahl der Contraktionen vermindert sich (von 35 auf 27) nnd es zeigt sich eine Neigung zu Unregelmässigkeit. Diese Gabe ist noch nicht tödtlich.

Beim Hunde zeigt sich nach schwachen Gaben der arterielle Druck etwas vermehrt, nach stärkeren (5 cg auf 1 kg Thier) vermindert er sich bis znm Tode, der unter Dyspnöe und Cheyne-Stokes'schen Erscheinungen erfolgt.

Das Alkaloid wirkt in Lösung in ganz ähnlicher Weise auf Herz nnd Gefässe, nur tritt die Verlangsamung der Contraktionen stärker hervor und ist anhaltender; bei vergiftender Gabe stirbt das Froschherz rasch im Zustande der Systole.

Der flüssige Auszug der Wurzel zeigt die summirte Wirkung des Resinats, des Alkaloids und des Saponins; seine vergiftende Gabe beträgt für den Frosch 60—80 cg.

Die starke Reizwirkung, die der Panbotano auf die Schleimhäute der ersten Wege ausübt, eine Wirkung, die, wenigstens zum grösseren Theile, auf Rechnung der gefärbten harzigen Substanz kommt und die auch beim gesunden Menschen auf der Schleimhaut des Darmkanals erkennbar ist, stimmt mit Dem, was P. bei den bezüglichen Thierversnchen fand, überein.

Nach P. bieten die beschriebenen Eigenschaften des Panbotano ein hinreichendes Interesse, die therapeutischen Wirkungen dieser Droge weiter zu verfolgen.

O. Nanmann (Leipzig).

242. **Sur l'action antithermique supposée des badigeonnages de spartéine**; par le Dr. Lannois. (Lyon méd. XXVIII. 3. p. 73. 1896.)

Die Ergebnisse, zu denen L. und Boitel bei ihren Versuchen über die Wirkung des Spartein bei äusserer Anwendung (Badigeonnage) gekommen waren, stehen mit den von Guinard und Geley über den gleichen Gegenstand mitgetheilten in gänzlichem Widerspruche. Während nämlich die Letzteren dieser Behandlungsweise eine entschiedene die Temperatur regulirende Wirkung zuschrieben, war nach L. eine solche Wirkung durchaus nicht zu beobachten. L. wandte das Spartein in 5proc. Lösung, in der Gegend der Schenkelbeuge aufgetragen, an und benutzte fast nur Tuberkulöse (wegen der grossen Stetigkeit des Fieberverlaufes bei ihnen), doch auch einige Erysipelatöse zu seinen Versuchen, die in der Regel in den späteren Vormittagsstunden (11 Uhr), öfters jedoch der Controle wegen auch Abends angestellt wurden. Die mitgetheilten Curven, soweit sie die Vormittagsversuche betreffen, geben nun in der That durchaus keinen Anhalt für die Annahme einer Temperaturbeeinflussung durch Spartein; in dem einen Falle z. B., in dem 3 Tage hinter einander Spartein (11 Uhr) angewendet worden war und in dem die Maximaltemperatur 39.5°, bez. 39.7° betragen hatte, war sie am 1. und 2. Tage gegen 6 Uhr Abends auf 40° gestiegen und am 3. Tage betrug das Maximum 39.3°. Den Grund dafür, dass Geley zu anscheinend entgegengesetzten Ergebnissen gekommen war, findet L. darin, dass Geley seine Versuche zu einer Zeit anstellte, in der die Temperatur des Fiebers ohnehin zu sinken begann, ja Geley betont ausdrücklich selbst, dass behufs Erzielung eines Erfolges (dessen er bei Vormittagsversuchen entbehrte) es ein Haupterforderniss sei, den Versuch zu einer Zeit vorzunehmen, wo die Temperatur nicht mehr im Steigen sei, und giebt selbst 6 Uhr Abends als die günstigste Versuchszeit an. Diese Zeit ist es aber gerade, in der, wie L. an Curven zeigt, die Temperatur (bei Tuberkulösen) ohnehin herabgeht und Curven, die nach einer 6 Uhr Abends eingeleiteten Sparteinbehandlung aufgenommen worden waren, verhielten sich den ersteren ganz entsprechend; in Wirklichkeit war also Geley zu denselben Ergebnissen wie L. gekommen, nur dass er sie falsch erklärte. Dem entsprechend entbehrt auch Das, was Geley über angeblich günstige Wirkung des Spartein, bez. anderer von ihm äusserlich angewendeter Alkaloide bei anderen Krankheiten, z. B. Rubeola, sagt, jeder realen Grundlage (bei Erysipelatösen sah L. nach Sparteinauftragung nicht die geringste Wirkung auf die Temperatur).

Von Interesse ist noch ein vergleichender Versuch, den L. bei einem Tuberkulösen mit Spartein und Guajakol anstellte; während nämlich eine in der ungünstigen Vormittagszeit, d. h. der Zeit des Ansteigens vorgenommene Auftragung von Spartein nicht den geringsten Einfluss auf die Temperatur zeigte, ward diese nach Guajakol, zu der gleichen Tageszeit aufgetragen, um 2.6° herabgesetzt. Eine Reflexwirkung aber als Ursache dieser Herabsetzung anzunehmen, wie Guinard u. A. wollen, ist nach L. ausgeschlossen, weil zu solchem Erfolge der Reflexreiz, wenn auch vorhanden, doch viel zu schwach sei. Auch ist die Wirkung des Guajakol ganz dieselbe, mag es innerlich oder durch das Rectum oder von der Haut aus angewendet werden.

O. Naumann (Leipzig).

243. **Étude sur la résistance de la peau saine à l'absorption des poudres et des corps en dissolution dans l'eau**; par L. Guignard. (Bull. gén. de Thér. L 14. p. 449. Août 8. 1896.)

Je zahlreichere und genauere Versuche gemacht worden sind, um festzustellen, ob pulverförmige oder in Wasser gelöste feste Körper für die unverletzte äussere Haut durchgängig seien, um so übereinstimmender lauten die Ergebnisse dahin, dass eine solche Resorption bei unverletzter Epidermis nicht stattfinde und dass die gegentheiligen Befunde, insbesondere auch die unzweifelhaft vorliegenden Vergiftungen (Tardieu, Roussin, Archambault) darauf zurückzuführen sind, dass entweder die Epidermis verletzt gewesen ist oder die betreffenden Stoffe, durch Zersetzung an Ort und Stelle, in gasförmigem Zustand resorbirt worden sind. Wir übergehen die zahlreiche Literatur, die G. zum Beweis der Richtigkeit des Gesagten anführt, als hinreichend bekannt und theilen nur die Versuche mit, die er selbst anstellte und die eine weitere Bestätigung für die Undurchdringlichkeit der unversehrten Epidermis liefern. Das allgemeine Bad schloss G. von Anfang an bei seinen Versuchen aus wegen der hier kaum möglichen Controlirbarkeit der Haut auf Integrität und begnügte sich mit Anwendung der Stoffe auf Theilstellen, von deren Unversehrtheit er sich vorher auf das Genaueste überzeugt hatte. Es wurden nun folgende Versuche angestellt:

1) Einem jungen Manne wurden auf die Haut des linken Vorderarmes unter mässigem Reiben (um das Anhaften zu erleichtern) 3.0 g salzsauren Morphiums in Pulverform aufgetragen und der Unterarm dann durch eine seidene Hülle geschützt. Der Versuch dauerte von 7 Uhr früh bis 10 Uhr Abends, ohne dass irgend eine schlafmachende Wirkung eingetreten wäre.

2) Einem 14jähr. Knaben wurde in ganz gleicher Weise 1.0 g feingepulverten salzsauren Apomorphins auf die Haut aufgetragen, ohne dass hierdurch, bei einer Versuchsdauer von 14 Stunden, die geringste Uebelkeit herbeigeführt worden wäre.

3) Einem 29jähr. Manne wurden in derselben Weise auf die Palmarfläche des linken Vorderarmes 2 g gepulverten schwefelsauren Atropins aufgetragen; trotz 16½stündiger Dauer des Versuchs waren jedoch nicht die geringsten Zeichen irgend einer Atropinisation eingetreten.

4) Der Versuch mit 3 g gepulverten salzsauren Morphiums wurde wiederholt, doch diesmal 24 Stunden lang unterhalten, gleichfalls mit ganz negativem Erfolge.

5) Einer Versuchsperson wurden nach Plantier des Morgens 10 g naphtholsauren Natrons in die Strümpfe gestreut, ein Salz, das sehr leicht durch die Nieren ausgeschieden wird und dessen Gegenwart schon bei den geringsten Mengen durch Eisenchlorid nachweisbar ist.

Der am Abend untersuchte Harn gab jedoch nicht die geringste Reaktion; eben so wenig geschah dieses in 6 an 2 anderen Personen in gleicher Weise mit Diaphthol angestellten Versuchen.

6) Einem jungen Manne wurde mittels eines Pinsels eine „Badigeonnage" mit einer wässerigen, 1proc. Lösung von Atropin. sulfuricum (etwa 5 ccm) auf den Vorderarm gemacht und über letzteren eine Seidenhülle mit Einlage von Watte gebracht. Es zeigten sich trotz einer 14stündigen Versuchsdauer nicht die geringsten Spuren einer Atropinwirkung.

7) In derselben Weise wurde auf dem linken Vorderarme eines Mannes eine „Badigeonnage" mit 6 g einer 4proc. Morphiumlösung (= 24 cg des Alkaloids) gemacht und dieser Versuch 3mal wiederholt, stets mit vollkommen negativem Ergebniss.

8) Die Hand von einem Manne, dessen Finger vorher mit Kautschukhüllen versehen worden waren, wurde $2^1/_2$ Stunden hindurch bis zur Mitte des Vorderarmes in einer Lösung von diaphtholsaurem Natron (5:1000) untergetaucht gehalten und dieser Versuch 3mal in gleicher Weise wiederholt; niemals bewirkte Eisen eine Diaphtholreaktion in dem Urin (als einfachste Art der Darstellung dieser Reaktion empfiehlt G. das Einlegen eines eisernen Nagels in den Urin; bei Gegenwart der geringsten Mengen von Diaphthol tritt allmählich eine Schwärzung des Nagels ein, der dann eine Tintenfärbung des ganzen Urins folgt).

Schliesslich bespricht G. die in dem vorstehenden Referate erwähnten Versuche Geley's über die Wärmeregulirung bei äusserer Anwendung (Badigeonnage) des Spartein und anderer Alkaloide, bei denen gleichfalls, ausser einer Herabsetzung der Temperatur, keine Allgemeinwirkungen gesehen worden waren und auch wiederholte Harnuntersuchungen eine Resorption ausschlossen. Er schliesst sich daher der Ansicht Geley's an, dass man die Temperaturherabsetzung lediglich durch Annahme einer reflektorischen Wirkung erklären könne. Er vertheidigt (Lyon méd. XXVIII. 3. 1896) diese Ansicht auch energisch gegen Lannois und giebt Geley Recht, indem er noch besonders anführt, dass bei denjenigen Kranken, bei denen nach äusserer Anwendung irgend eines der Alkaloide eine Temperaturherabsetzung erfolgt sei, diese bei *subcutaner*, zu gleicher Tageszeit vorgenommener Anwendung desselben Alkaloids nie eingetreten sei.

O. Naumann (Leipzig).

244. **Sulla eliminazione del guajacol per le vie aeree.** Ricerche del Dott. Rob. Pio Revello. (Arch. ital. di clin. med. XXXV. 1. p. 77. 1896.)

Die Frage, ob eingenommenes Guajakol zum Theil durch die Luftwege wieder ausgeschieden werde, beantwortet R. auf Grund seiner an Kranken und Gesunden ausgeführten Versuche mit Nein. Das Guajakol wird im Körper als Aetherschwefelsäure in sehr stabiler Verbindung durch die Nieren und Speicheldrüsen ausgeschieden, wobei ein leichter Grad von Speichelfluss besteht.

H. Dreser (Göttingen).

245. **Accidents cérébraux dus à la créosote**; par Faisans. (Bull. gén. de Thér. I. 3. p. 75. Févr. 8. 1896.)

F. theilt einige Fälle mit, die zu zeigen scheinen, dass man bei Behandlung Tuberkulöser mit Kreosot unter Umständen schweren Erscheinungen begegnen kann, denen man wohl auch anderwärts schon unbewusst begegnet ist, die man aber fälschlich als solche einer tuberkulösen Meningitis aufgefasst hat.

Der eine seiner Kranken war schon 3 Jahre vorher von Burlureaux in Val de Grâce mit Erfolg mit *Kreosot* behandelt worden und kam, nachdem er abermals 3 Wochen hindurch mit Kreosotöl (1:15) in ansteigenden Gaben von 10, 20, 30, 40 bis (6. Dec.) 140 g behandelt worden war und schon am 6. December einen dunklen Harn gelassen hatte, in Folge dessen man auf 60 g heruntergegangen war, am 10. Dec. in F.'s Beobachtung. Der Kranke befand sich um diese Zeit (d. h. schon am 9. Dec.) in heftiger Agitation; Delirien wechselten ab mit halbkomatösem Zustand; Pupillen erweitert, die rechte mehr als die linke; weder Contrakturen, noch Paralyse; Temperatur gegen 38°; Puls regelmässig, 100; allgemeine starke Hyperästhesie; anscheinend Kopf- und Leibschmerz. Am 10. Dec. derselbe Zustand, Temperatur jedoch nur 36.2°, der Kranke liess den Urin unter sich gehen. Am 13. Dec. Besserung, zeitweise Klarheit, doch ohne Erinnerung an das Vergangene; seit dem Morgen über 2 Liter dunklen, schwärzlichen Urins. Am 14. Dec. weitere Besserung; am 15. Dec. völlige Wiederherstellung, doch waren nach 3 Tagen die Pupillen immer noch etwas erweitert.

Dieser Symptomencomplex schloss, da Fieber, Unregelmässigkeit des Pulses und der Athmung, Convulsionen, Paralysen und Nackenstarre fehlten, auch der ganze rasche und günstige Verlauf dagegen sprach, die Annahme einer tuberkulösen Meningitis aus und wies vielmehr auf eine Vergiftung durch Kreosot hin.

Burlureaux hatte, wie er F. mittheilte, noch 2 ganz ähnlich verlaufene, von ihm als Meningitis tuberculosa gedeutete Fälle beobachtet, die er jetzt gleichfalls für durch Kreosot herbeigeführte Vergiftungen hält, obgleich bei ihnen die Kreosotgaben weit geringer gewesen waren, als in dem mitgetheilten Falle; denn der eine Kranke hatte nur 65, der andere nur 60 g des Kreosotöls (1:15), d. h. etwa 4.35, bez. 4 g Kreosot erhalten. Auch hier waren die erwähnten Vergiftungerscheinungen ganz unvermittelt aufgetreten, nachdem die Kranken bereits 55, bez. 66 Tage der Kreosotbehandlung unterworfen gewesen waren, so dass F. ein plötzliches Versagen der Toleranz aus noch unbekannten Ursachen für möglich hält.

Nach solchen schlechten Erfahrungen, schliesst F., sollte man das überhaupt nur einen zweifelhaften Nutzen gewährende *Kreosot* ganz verlassen und durch das *Guajakol* ersetzen.

O. Naumann (Leipzig).

246. **Recherches expérimentales sur les effets des injections intraveineuses massives de solutions simples et composées**; par F. J. Boso et V. Vedel. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 937. 1896.)

Seit einiger Zeit wendet man vielfach gegen Infektionen und Intoxikationen grosse Einspritzungen von Salzlösungen an. B. und V. haben die Einwirkungen solcher Lösungen bei Thieren (Hund und Kaninchen) studirt.

Zunächst ist hervorzuheben, dass destillirtes Wasser an und für sich schon in kleinen Dosen toxisch wirkt, also nicht als Lösungsmittel dienen darf. Gewöhnliches Wasser wirkt selbst in grossen Gaben nicht toxisch. 7—10proc. Kochsalzlösungen tödten den Hund, wenn 3.4 g NaCl pro kg Körpergewicht eingeführt werden, das Kaninchen bei 4 bis 5 g NaCl pro kg. Bei weniger als 1.5 g NaCl pro kg bleibt jede Giftwirkung aus. So concentrirte Lösungen beschleunigen die Herzthätigkeit und wirken diuretisch ohne Erhöhung des Blutdruckes, sie erhöhen die Körpertemperatur. Verdünnte Kochsalzlösungen (5—7 pro Mille) beschleunigen ebenfalls die Herzthätigkeit, steigern die Temperatur um 2°, wirken diuretisch, verlangsamen vorübergehend die Respiration.

Lösungen, die Kochsalz und Glaubersalz enthalten, wirken ebenso wie Salzlösungen.

V. Lehmann (Berlin).

247. **Recherches sur le poison des flèches du Haut-Oubanghi**; par le Dr. Ed. Boinet. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 952. 1896.)

Das sehr schnell tödtlich wirkende Pfeilgift von Ober-Ubanghi (Centralafrika) wird aus Strophantus bracteatus gewonnen. Die wirksame giftige Substanz ist in Alkohol löslich und ist ein Glykosid. Aus dem Gifte konnte noch eine krystallinische Substanz gewonnen werden, die Alkaloidreaktionen gab. 7—10 mg des Giftes tödten einen Frosch bei Injektion in den Lymphsack in 1½ Stunden. 15 mg tödten bei zweimaliger Injektion ein Meerschweinchen von 300 g in einer Viertelstunde. Ratten verhalten sich refraktär.

Versuche an verschiedenen Thieren ergaben als Hauptwirkung eine krampferregende Wirkung, die sich besonders auch am Herzen äussert; die Herzthätigkeit wird erst erhöht und kräftiger, dann werden die Contraktionen langsam und schwach, das Herz steht in Systole still.

Gegengifte sind bis zu einem gewissen Grade übermangansaures Kali, Morphium, Chloral. Auch Nebennieren verzögern etwas die Wirkung des Giftes.

V. Lehmann (Berlin).

248. **Le nystagmus et la trépidation épileptoide**; par E. Lenoble, Paris. (Arch. gén. de Méd. p. 319. Sept. 1896.)

L. macht auf den bei Aether-Narkose im Beginne der Muskelerschlaffung auftretenden Nystagmus und die klonischen Zuckungen der Beine im Stadium der Erschlaffung während der Narkose aufmerksam und betrachtet sie als Zeichen der Einwirkung des Aethers auf das Gehirn und von da fortschreitend auf das ganze Rückenmark.

Lamhofer (Leipzig).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

249. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCLII. p. 126.)

S. Bettmann (Ein Fall von Morbus Basedowii mit Diabetes mellitus. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 49. 50. 1896) beobachtete in Erb's Klinik Morbus Basedowii mit wirklichem Diabetes zusammen.

Die 54jähr. Köchin S. hatte seit dem 48. Jahre weisse Flecken am Körper und Verdickung des Halses bemerkt. Seit einigen Jahren Vorstehen der Augen, Ausfallen der Zähne und der Kopfhaare, Urticaria, Leibschmerzen, Erbrechen und Durchfall. Erst seit Monaten Verstimmung, Hinfälligkeit, Herzklopfen, Hunger, Durst, Polyurie.

Die Untersuchung ergab einen ausgeprägten Morbus Basedowii und 4.5% Zucker im Harne. Die Behandlung des Diabetes bewirkte wesentliche Besserung, und zwar gingen die Erscheinungen beider Krankheiten zurück.

Dass es sich um einen wirklichen Diabetes handelte, das ging aus der Dauerhaftigkeit der Zuckerausscheidung, aus dem Auftreten der Glykosurie nach Darreichung sehr geringer Mengen von Kohlehydraten und aus der Höhe der Zuckerausscheidung nach dem Einnehmen grösserer Reismengen hervor. Wegen der Ernährungsversuche, der genaueren Harnuntersuchung und der Blutuntersuchung muss auf das Original verwiesen werden.

B. bespricht auch die Literatur. Unter 17 Basedow-Kranken mit Diabetes war nur 1 Mann. B. bemerkt mit Recht, dass es sich bei den Beobachtungen nicht immer um echten Diabetes gehandelt habe. Er hat nur 11 Fälle mit näheren Angaben gefunden.

Theoretische Schlüsse lassen sich aus dem Zusammenvorkommen von Morbus Basedowii und Diabetes nicht ziehen.

C. Berliner (Morbus Basedowii und totale Alopecia. (Mon.-Hefte f. prakt. Dermatol. XXIII. 11. p. 561. 1896) berichtet über einige Beobachtungen von allgemeinem Haarschwunde, der sich zugleich mit dem Morbus Basedowii entwickelt hatte.

Im 1. Falle beobachtete B. selbst den Kranken. Der 30jähr. Pat. hatte die ersten Zeichen des Morbus Basedowii nach grosser Ueberanstrengung und Erkältung bemerkt. Gleichzeitig hatte sich eine runde kahle Stelle am Hinterkopfe gezeigt. Nach 6 Monaten waren alle Haare des Körpers verschwunden. Nach Jahren war der schwere Morbus Basedowii chronisch geworden, die Haare waren nicht wiedergekommen.

Sodann hatte ein 26jähr. Pat. Jul. Kohn's ohne bekannte Ursache alle Haare verloren und zur gleichen Zeit war Morbus Basedowii eingetreten. Bei diesem Kr. ist bemerkt: „Schwund aller Nagelbetten, Nägel flach, rissig".

Endlich hat auch Unna bei einem 21jähr. Mädchen nach einer heftigen Gemüthsbewegung Morbus Basedowii und kreisrunde kahle Stellen, aus denen allgemeiner Haarschwund wurde, beobachtet.

V. Horsley (On the physiology and pathology of the thyroid gland. Brit. med. Journ. Dec. 5. 1896) tritt von Neuem dafür ein, dass der Morbus

Basedowii „a perversion" der Schilddrüsenthätigkeit sei. Die Acini der Drüse werden bei Morbus Basedowii unregelmässig, verzweigt, das Colloid verschwindet und wird durch Detritus ersetzt. Ist die Erkrankung schwer, so wird das Sekret zu einer wässerigen Masse und diese erscheint als Vacuolenbildung der Epithelien. H. giebt mehrere mikroskopische Bilder der Basedow-Drüse.

R. T. Williamson (Remarks on prognosis in exophthalmic goitre. Brit. med. Journ. Nov. 7. 1896) betont, dass der natürliche Verlauf des Morbus Basedowii oft zu Besserung oder annähernder Genesung führe. Von 45 Kranken der Royal Manchester Infirmary starben während der Behandlung nur 3, von 50 Kranken im St. Thomas Hospital nur 4. W. konnte bei 32 von 50 Kranken den weiteren Verlauf der Krankheit verfolgen: 6 waren gestorben, 5 geheilt, 2 fast vollständig geheilt, 5 wesentlich gebessert, 7 wenig gebessert, 6 unverändert, von 1 Pat. erfuhr er nur, dass er nach 7 Jahren noch lebte. Die Dauer der Krankheit betrug bei den Gestorbenen 7 Monate, 1 Jahr, $3^1/_2$ J., $2^1/_2$ J., 4 J., bei den „Geheilten" waren seit dem Beginne der Krankheit verflossen $16^1/_2$ J., 9 J., 5 J., 8 J., 9 J., bei den Gebesserten 17, 7, $9^1/_2$, $7^1/_2$, 7, 6, 2, 7, $6^1/_2$, 5, $1^3/_4$, 1 J. u. s. w. Keiner der Patienten war einer Operation unterworfen worden.

Mit der Heilung muss man es nicht wörtlich nehmen. Hier einige Beispiele.

VII. 40jähr. Weib. Im Jahre 1884 seit $2^1/_2$ Jahren die Hauptsymptome und Oedem der Beine. Im Jahre 1896 weder Struma, noch Exophthalmus, noch Tachykardie. Der Puls war schwach und unregelmässig, die Kr. klagte noch über Palpitationen.

VIII. IX. In diesen Fällen heisst es nur, „alle Symptome seien verschwunden".

X. Der Kr. war an Peritonitis gestorben. Seine Verwandten waren der Meinung, die Basedow-Symptome seien verschwunden gewesen.

Bei dem 2. französischen Chirurgencongresse schilderte Ch. Abadie (Semaine méd. XVI. 53. p. 421. 1896) den Morbus Basedowii als Sympathicuskrankheit und rühmte das Vorgehen Jaboulay's.

Jonnesco erzählte, er habe wiederholt die doppelseitige Durchschneidung des Halssympathicus ausgeführt.

Kocher brachte die Vernunft zu Worte und wies auf die Dysthyreosis als Wesen des Morbus Basedowii hin.

E. Fletcher empfiehlt die Einspritzung einiger Tropfen 5proc. Carbolsäurelösung in die Struma (Med. News LXIX. 24. p. 667. 1896).

R. M. White Foot (A case of exophthalmic goitre treated by thyroidin. Med. News LXIX. 14. 1896) gab einer 18jähr. Basedow-Kranken Thyroidin (The active principle, in halfgrain doses, three times a day). Struma und Exophthalmus nahmen rasch ab. Doch magerte die Kr. dabei ab und ihr seelischer Zustand wurde schlechter. F. setzte trotzdem die Behandlung fort und nach 2 Monaten waren alle Zeichen der Krankheit bis auf die Verstimmung verschwunden. Allmählich hörte auch diese auf, so dass das Mädchen wieder ganz gesund zu sein schien.

Ralph R. Spencer (Exophthalmic goitre treated by galvanism, with report of cases. Med. News LXIX. 22. 1896) hat in 3 Fällen mit schlechtem Erfolge getrocknete Schilddrüse gegeben, rühmt dagegen den guten Erfolg der galvanischen Behandlung. Die 6 Krankengeschichten erläutern diese Sätze; eine berichtet überdem von dem Tode eines 16jähr. Mädchens unter Hyperpyrexie und tumultuarischer Herzthätigkeit. Möbius.

250. **Ueber Migräne.** (Vgl. Jahrbb. CCLI. p. 130.)

James J. Putnam (On periodical neuralgies of the trigeminal nerve and their relation to migraine, with special relation to the intermittent supraorbital neuralgia. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 3. 4. 1896) schildert die im Anschlusse an Erkrankungen der Nasenschleimhaut auftretende Supraorbitalis-Neuralgie und ihre Beziehungen zur Migräne. Er nennt die regelmässig wiederkehrende Neuralgie „migränoid", ein Name, der besser zu unterdrücken wäre, denn wenn es auch zuweilen schwer ist, zwischen Migräne und Stirnneuralgie zu unterscheiden, weil diese auch bei Migränekranken und bei Leuten mit Migräne-Verwandten vorkommen kann, so bleiben beide Krankheiten doch verschiedener Art. Richtig ist wohl die Bemerkung, dass auch bei der Stirnneuralgie sich oft eine angeborene nervöse Anlage finde.

Lamacq (Un cas d'équivalent clinique de la migraine. Congrès des méd. aliénistes etc. de Nancy 1896. Revue neurol. IV. 16. p. 501. 1896) erzählte von einem Manne, der nach Aufregung oder Ueberanstrengung bald in der rechten Kopfseite, bald im rechten Fusse einen 24 Stunden dauernden Schmerz empfand. Bekämpfte er den Fussschmerz mit warmen Fussbädern, so hatte er am nächsten Tage Migräne. Beide Schmerzarten hatten dieselben phénomènes accessoires.

[Unter *hemikranischer Neurose* versteht Prof. E. Sciamanna (Nevrosi emicranica. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 89. 1896) einen mehr oder weniger vollständigen, atypischen Anfall von Hemikranie, der speciell durch sensorielle oder auch psychische Phänomene charakterisirt ist, gewöhnlich mit allmählicher Steigerung auftritt, von langer Dauer ist, mit Remissionen und Intermissionen, nicht aussergewöhnlich heftig, aber doch in beträchtlichem Maasse von Symptomen der Hemikranie, besonders der Angenmigräne, begleitet ist, bei Personen, die ausserdem nicht oder kaum Anfällen von der gewöhnlichen typischen Hemikranie ausgesetzt gewesen sind. Das Leiden ist von dem hemikranischen Aequivalent zu unterscheiden, das an Stelle eines gewöhnlichen hemikranischen Anfalles bei Personen auftritt, die auch ausserdem an hemikranischen Anfällen leiden, und das ähnliche Symptome darbieten kann, wie die hemikranische Neurose. Bei manchen an typischen Anfällen von

Hemikranie Leidenden zeigen sich an Stelle der Anfälle ähnliche Symptomencomplexe, wie bei der hemikranischen Neurose, die aber von längerer Dauer sind, als die Anfälle, an deren Stelle sie treten. Solche Zustände, die manchmal eintreten, nachdem die meist häufigen typischen Anfälle eine ungewöhnlich lange Zeit ausgesetzt haben, bilden ein Zwischenglied zwischen den gewöhnlichen hemikranischen Aequivalenten und der hemikranischen Neurose. Die Dysphrenia hemicranica Mingazzini's kann als hemikranisches Aequivalent sui generis aufgefasst werden; sie zeigt sich stets bei mit recurrirender Hemikranie, besonders Augenmigräne, mit mehr oder weniger regulären Anfällen behafteten Individuen und bildet einen Anfall von transitorischer Geistesstörung, der mit den der Hemikranie eigenen Symptomen zu beginnen pflegt. Wie die hemikranischen Aequivalente an Stelle einer Reihe typischer Anfälle von habitueller Hemikranie treten können, so kann die hemikranische Neurose mit einem oder 2 Anfällen während des Lebens auftreten und als latente hemikranische Diathese erklärt werden. Sc. theilt 5 Fälle mit, von denen 4 seiner eigenen Beobachtung entstammen, einer von Mingazzini (Riv. sperim. di Freniatria e di Med. legale XXI. 4. p. 642. 1895) beobachtet worden ist. Die Symptome bestanden in Schmerzen und abnormen Gefühlen, Störungen des Gesichtsfeldes, subjektiven Gesichts- oder Gehörswahrnehmungen, Hallucinationen, krampfhaften Bewegungen, Zwangsgedanken, Erregtheit und anderen psychischen Störungen.

H. Buringh Boekhoudt (Psychische afwijkingen bij migraine. Sep.-aftr. Feesthundel d. Nederl. Vereen. voor Psychiatrie ter eere van haar 25 jar. bestaan. blz. 63. 1896) theilt 3 Fälle von hemikranischem Aequivalent mit, bei 2 Kr. in Form von Traumzuständen mit deutlicher Amnesie, bei einem in Form von periodischer Melancholie.

Im 1. Falle litt der 42 Jahre alte, nervös belastete Pat. 28 Jahre nach einander an typischen Migräneanfällen mit stets zunehmender Häufigkeit. Nach einer Massagekur wurden die Anfälle etwas seltener, nach einer Kur in Lahmann's physiatrischer Anstalt hörten sie fast ganz auf. Dagegen entwickelten sich Anfälle mit Auftreibung des Magens und darauf folgenden Ructus und Traumzustände mit deutlicher Amnesie.

Der 2. Fall betrifft einen 23 Jahre alten Cand. med., der seit seiner Jugend an Migräne litt; anfangs kamen die Anfälle seltener, später häufiger, bis sie zuletzt wöchentlich erschienen. Seit ungefähr 2 Monaten traten kurzdauernde Anfälle von Traumzuständen mit vorübergehender Amnesie auf. Ob diese als Aequivalent für die Migräneanfälle zu betrachten sind, erscheint nach B. B. zweifelhaft, dagegen sind jedenfalls Anfälle von Verdriesslichkeit und Reizbarkeit, die ausserdem auftraten, als solche zu betrachten, weil sie erschienen, wenn die Kopfschmerzen ausblieben und dieselbe Periodicität wie diese zeigten.

Im 3. Falle, der einen 26 Jahre alten Kaufmann betrifft, blieben seit Jahren alle 3—4 Wochen auftretende Migräneanfälle aus und zu derselben Zeit stellten sich alle 2—3 Wochen melancholische Perioden ein, die 2—4 Tage dauerten, die zur Zeit der Beobachtung bereits seit 1 Jahre bestanden. Walter Berger (Leipzig).]

H. Brackmann (Migräne und Psychose. Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie LIII. 4. p. 554. 1896) hat in Untergöltzsch eine eigenthümliche Verknüpfung von Migräne und Seelenstörung beobachtet.

Ein 26jähr. Kaufmann aus schwer belasteter Familie, dessen Mutter stark an Migräne gelitten hatte, der von Geburt an schwächlich war und an Diabetes insipidus litt, seit der Schulzeit viel Kopfschmerzen hatte, mit 9 Jahren eine Gehirnerschütterung erfahren hatte, seit dem 15. Jahre typische Migräneanfälle zeigte, war im Jahre 1893 nach einer Gemüthserschütterung verwirrt geworden und 1½ Jahre lang gestört geblieben (mit Gehörstäuschungen und Verfolgungsvorstellungen). Während der Genesung traten die Migräneanfälle wieder stärker auf. Sie kamen gewöhnlich am Morgen und am Abend folgte dann eine vorübergehende Geistesstörung mit schreckhaften Täuschungen, die in Schlaf überging und Amnesie hinterliess. Im Februar 1895 traten wieder schwere Migräneanfälle auf und ihnen folgte ein mehrtägiger Dämmerzustand mit völliger Amnesie. Seitdem kehrten die Anfälle mit unregelmässigen Zwischenzeiten wieder und nach ihnen schlechter Schlaf mit Hallucinationen und eine bis zu 3 Tagen dauernde Verstimmung mit Beeinträchtigungsvorstellungen.

Br. fasst die Sache wohl mit Recht so auf, dass die Migräneanfälle Anstösse zu vorübergehender Verschlimmerung des krankhaften Geisteszustandes waren. Möbius.

251. Ueber Seelenstörungen bei Chorea.

A. N. Bernstein (Die psychischen Aeusserungen der Chorea minor. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie LIII. 4. p. 538. 1896) hat nie Geisteskrankheit bei Chorea gesehen, er beschreibt in seinem Aufsatze, der ein abscheuliches Deutsch darstellt, nicht die Seelenstörung bei Chorea, wie sie ist, sondern, wie sie sein muss. Er schickt die kurze Beschreibung eines 11jähr. choreakranken Mädchens aus nervenkranker Familie voraus und findet als die der Chorea eigenthümliche seelische Veränderung die Unaufmerksamkeit oder vielmehr die springende Aufmerksamkeit, die Unstetigkeit der geistigen Vorgänge, bei der jeder äussere Anstoss die Aufmerksamkeit fesselt und damit ein stetiges Denken und Handeln unmöglich macht. Im Weiteren seien bei den Seelenstörungen der Choreakranken zwei Bestandtheile zu unterscheiden, die der Chorea eigene Störung und die angeborene krankhafte Eigenthümlichkeit. Jene gebe sozusagen nur den Untergrund ab, wie bei der progressiven Paralyse der fortschreitende Schwachsinn; je nach der Eigenart des Erkrankten können bei der Chorea ebenso wie bei der Paralyse sehr verschiedene Psychosen zu Stande kommen.

Auch E. O. A. Rousseau (Nature des psychoses choréiques. Thèse de Bordeaux 1896) bringt keine neuen Beobachtungen bei, er erörtert aber recht gut die Art der Chorea als einer infektiösen Krankheit und schildert das choreatische Irresein als einen traumhaften Zustand mit Sinnestäuschungen, besonders solchen des Gesichts. Er setzt auseinander, dass die Beschaffenheit der Seelenstörungen bei Chorea der aller toxischen Delirien

gleicht, dass sie somit selbst ein Beweis für die infektiöse Art der Chorea ist. Insbesondere vergleicht er die choreatischen Delirien mit denen des subakuten Alkoholismus, 2 Selbstschilderungen, die je ein Choreakranker und ein Alkoholist in Régis' Beobachtung geliefert haben, einander vergleichend. R. unterscheidet einen choreatischen Geisteszustand, ein choreatisches Delirium und ein choreatisches Irresein als Grade, indem er die Reizbarkeit und Unstetigkeit der Patienten als ersten, die Hallucinationen mit mehr oder weniger erhaltener Besonnenheit als zweiten, die hallucinatorische Verwirrtheit, die in schlimmen Fällen zum Delirium acutum werden kann, als dritten Grad bezeichnet.

Ref. hat vor einigen Jahren wieder einen Fall von hallucinatorischer Verwirrtheit bei einer 19jähr. Choreakranken beobachtet. Der gefahrdrohende Zustand endete nach mehreren Wochen in Genesung, und zwar kehrte die Besonnenheit langsam in dem Grade zurück, als die choreatischen Bewegungen abnahmen. Dieser neue Fall bestätigt die früher vom *Ref.* gegebene Schilderung und auch den damals betonten Umstand, dass besonders ältere Choreakranke von der Seelenstörung bedroht sind. Möbius.

252. **Die Aufhebung des Würgreflexes und ihre Beziehung zur Hysterie**; von Dr. Kattwinkel. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 549. 1896.)

Von 104 Hysterischen der Münchener med. Klinik war bei 100 der Würgreflex vom Rachen und Kehlkopf her aufgehoben, man kann also diese Erscheinung, die sonst recht selten ist, als ein wichtiges hysterisches Stigma ansehen. Bei einigen dieser Kranken zeigte die Rachenschleimhaut verschiedene Sensibilitätstörungen in ganz gleicher Weise, wie wir sie an der äusseren Haut finden. Diese Sensibilitätstörungen waren aber durchaus nicht so stark und regelmässig, dass man die Aufhebung des Würgreflexes einfach als ihre Folge ansehen durfte. Sie beruht augenscheinlich auf einer besonderen Störung im Reflexbogen.

Dippe.

253. **Della malattia di Erb o di Erb e Goldflam**; pel Prof. Grocco. (Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 2. p. 273. 1896.)

Vor ca. 20 J. beschrieb Erb eine eigenthümliche Nervenkrankheit, die er nur als einen „Symptomencomplex, wahrscheinlich bulbärer Natur“ bezeichnete. Oppenheim, der die Affektion auch anatomisch untersuchte, fand keinerlei nachweisbare Veränderungen und bezeichnete sie daher als „Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund“ und Goldflam beschrieb sie vor Kurzem als einen „scheinbar heilbaren bulbärparalytischen Symptomencomplex mit Betheiligung der Extremitäten“. Im Ganzen sind in der Literatur bisher nur 22 derartige Fälle bekannt. G. hatte Gelegenheit, zwei weitere zu sehen und eingehend zu beobachten.

In Uebereinstimmung mit Anderen, die diese Krankheitform beschrieben haben, konnte auch er keine Ursache feststellen. Der Verlauf war ungemein langsam; er erstreckte sich auf 6 Jahre. Die auffallendste Erscheinung war eine Art Erschlaffung und Ermüdung, die sich sehr schnell in verschiedenen Muskelgebieten offenbarte. Besonders war das der Fall bei den inneren Augenmuskeln und bei dem Myokard. Diese Schwäche erstreckte sich auch auf die Glieder und führte zeitweilig einen paralyseartigen Zustand herbei, der immer mit einem Gefühl der allgemeinen Schwäche einherging. Charakteristisch für diese Schwäche ist der Umstand, dass sie um so grösser wird, je mehr die Willenskraft gesteigert ist. Nimmt der Kranke seine ganze Willenskraft zusammen, um einen kleinen Gang auszuführen, so ermüdet er bei diesem Versuche viel schneller, als wenn er dieselbe Strecke, abgelenkt durch irgend etwas Anderes, das seine Aufmerksamkeit erregt und sein Interesse fesselt, zurücklegt. Dabei ist es bemerkenswerth, dass, wie schon Jolly hervorhob, die myasthenische elektrische Reaktion fehlt. Wie die Muskeln, so zeigen auch die psychischen Funktionen eine gesteigerte Ermüdbarkeit. Der Kranke ist beispielsweise nicht im Stande, seine Aufmerksamkeit lange auf einen Gegenstand zu richten. In ähnlicher Weise entwickeln sich auch Sprachstörungen. Emanuel Fink (Hamburg).

254. **Ueber wandernde Neuritis nach Verletzungen**; von Prof. L. Krehl. (Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. 3. p. 391. 1896.)

Kr. theilt nicht den Standpunkt Strümpell's und Möbius' [den übrigens Ref. gleichfalls für den richtigen hält], dass nämlich mechanische Läsionen der Nerven an sich nicht die geringste Neigung haben, sich weiter aufwärts in Form einer „Neuritis ascendens“ oder „migrans“ auszubreiten. Kr. bringt vielmehr 6 Beobachtungen bei, die das Vorkommen einer wandernden Nervenentzündung nach peripherischen Verletzungen beweisen sollen. Es würde zu weit führen, die Fälle einzeln zu referiren; sie mögen genauer im Original nachgelesen werden. Es ist zu bedauern, dass bei der Wichtigkeit der in Betracht kommenden Fragen versäumt ist, die genauen elektrischen Untersuchungsergebnisse mitzutheilen. Es entwickelten sich bei den Kranken gewöhnlich zuerst Folgen sensibler Reizung und Lähmung, sodann motorische Störungen, Herabsetzung oder vollständige Aufhebung der willkürlichen Beweglichkeit und Atrophie der Muskeln; Coordinationsstörungen fehlten. Die Krankheit kroch dann in den Nervenstämmen ab- und aufwärts, diese verdickten sich und wurden druckschmerzhaft. Die Processe schritten ausserordentlich langsam vorwärts, ein Kranker litt schon 7 Jahre an seinen

Beschwerden; bei keinem waren die Processe nach einem anderen Gliede als dem vom Unfall betroffenen übergegangen. A. Boettiger (Hamburg).

255. **Ueber einen Fall von einseitiger, umschriebener und elektiver sensibler Lähmung**; von Dr. Lewellys F. Barker. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 348. 1896.)

B. hat selbst an seinem linken Arme an der medialen Seite eine Gruppe von Sensibilitätsstörungen, die vielleicht durch eine Halsrippe hervorgerufen sind und von v. Frey in Leipzig genauer untersucht wurden. Danach beschränkt sich die Störung auf das Gebiet der NN. cutanei brachii et antibrachii mediales des linken Arms. In diesem Gebiete fehlt die Empfindung für warm, kalt, Druck und Berührung; auch die Schmerzempfindung ist in geringem Grade herabgesetzt. Auf der Beugeseite ist die Grenze des empfindungslosen Bezirks scharf und regelmässig fast genau in der Mitte zwischen radialer und ulnarer Seite; auf der Streckseite greift dagegen die anästhetische Zone mit tiefen Buchten in das normale Gebiet hinein, der Uebergang ist überhaupt ein ganz allmählicher. Dabei ist das Gebiet der Druckanästhesie kleiner, als das der thermischen. Dass die Schmerzempfindung so wenig verändert ist, beruht wahrscheinlich darauf, dass die schmerzleitenden Fasern überhaupt nicht betroffen sind [?]. E. Hüfler (Chemnitz).

256. **Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux**; par M. Klippel et G. Durante. (Revue de Méd. XV. 1. p. 1. 1895.)

Unter rückläufiger Degeneration verstehen K. und D. die Degeneration, die nach einer Leitungsunterbrechung in den mit dem Centrum verbundenen Segmente Platz greift. Die Veranlassung zu der ausführlichen, mit reichlichen, einen historischen Ueberblick gewährenden Literaturangaben ausgestatteten Monographie gab ein Fall von rechtseitiger Hemiplegie mit Aphasie.

Es bestand Contraktur im Arme; der Patellarreflex war rechts stärker als links. Ausser allgemeiner Abmagerung fand sich ausgesprochene Muskelatrophie des Armes. Sensibilitätsstörungen fand man nicht. Die Autopsie ergab multiple Erweichungen in der linken Hemisphäre, und zwar in der ersten Stirnwindung, der Insel und dem Hinterhauptshirn. Die grossen Ganglien erschienen als vollkommen normal; im linken Hirnschenkel jedoch fanden sich 3 degenerirte Faserzüge, deren einer keilförmig bis zur Substantia nigra reichte. Im Cervikalmarke fand man die rechte Pyramidenseitenstrangbahn und die Kleinhirnseitenstrangbahn degenerirt; diese Degeneration reichte bis in's Dorsalmark. Die Goll'schen Stränge waren im Cervikal- und Dorsalmarke degenerirt, sonst, sowie im Lendenmarke die Hinterstränge gesund. Wurzeln und Wurzelzonen waren intakt. Die kranken Muskeln zeigten degenerative Atrophie.

Neben alten Hirnherden bestand also eine Sklerose der Hinter- und Seitenstränge. Um eine Complikation durch eine Systemerkrankung handelt es sich nicht, obwohl in analogen Fällen diese Ansicht vertreten wurde. Die Hirnläsion ist das Primäre; die übrigen Degenerationen müssen als sekundäre aufgefasst werden, die selbst auf das folgende Neuron, durch Spinalganglien und Brückenkern hindurch, übergehen können. K. u. D. geben sodann eine historische Uebersicht über die die sekundären Degenerationen betreffenden Arbeiten, von 1700 an bis zur Gegenwart, und eine Uebersicht über die jetzigen Anschauungen über den Aufbau und die Verbindungen der intraspinalen Nervenbahnen. Und zwar ordnen sie diese nach dem Degenerationmodus, dem sie unterliegen, in aufsteigend und absteigend degenerirende, und gehen sodann auf die eigentlich rückläufigen Degenerationen ein, deren Besprechung einer besonderen Arbeit vorbehalten bleibt.
E. Hüfler (Chemnitz).

257. **Les manifestations nerveuses de l'alcoolisme**; par le Dr. Milian. (Gaz. des Hôp. 43. 1896.)

Die Arbeit M.'s bringt eine sehr gute Uebersicht über die sensiblen, die motorischen und die psychischen Störungen beim chronischen Alkoholismus, bespricht den pathologisch-anatomischen Befund der Krankheit und macht schliesslich auf die Häufigkeit der meningealen Hämorrhagien und der progressiven Paralyse nach chronischem Alkoholismus aufmerksam. Etwas Neues steht nicht darin. Windscheid (Leipzig).

VI. Innere Medicin.

258. **Ueber akuten Gelenkrheumatismus im Anschluss an Angina**; von Dr. Groedel in Bad Nauheim. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 17. 1896.)

G. hat recht oft akuten Gelenkrheumatismus im Anschluss an Angina entstehen sehen. 21 Fälle konnte er zusammenstellen, in denen sich bei derselben Person *wiederholt* an eine Angina ein Gelenkrheumatismus angeschlossen hatte; 11 derartige, besonders charakteristische Fälle theilt er kurz mit. Ausnahmeweise hatte sich einmal an eine Angina eine Endokarditis ohne gleichzeitige Affektion der Gelenke angeschlossen.

Eine besondere „rheumatische" Angina anzunehmen, die etwa als frühzeitige Aeusserung eines akuten Gelenkrheumatismus aufzufassen wäre, ist G. nicht geneigt; nach seinen Erfahrungen handelt es sich in der Regel um die gewöhnliche lacunäre Tonsillitis: die erkrankten Tonsillen bilden die Eingangspforte, durch welche die Infektionsträger des Gelenkrheumatismus den Weg in das Innere des Körpers nehmen und bei vorhandener Disposition die entzündlichen Zustände von Gelenken, Endokard u. s. w. hervorrufen. Es sollte bei jedem Gelenkrheumatismus und bei jeder anscheinend autochthon auftretenden Endokarditis sorgsam auf die Beschaffenheit der Halsorgane geachtet werden.
Patzki (Leipzig).

259. **Ueber Rheumatoid-Krankheiten**; von Prof. Gerhardt. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 169.)

G. spricht diejenigen Krankheiten kurz durch, bei denen dem akuten Rheumatismus ähnliche Gelenkerkrankungen vorkommen. Diese „Rheumatoide" sind nur durch die Feststellung ihrer Erreger von einander und von dem Rheumatismus zu trennen, häufig hat man dabei in den Gelenken die Erreger der primären Krankheit gefunden. Die Betheiligung oder Nichtbetheiligung des Herzens, die Wirkung der Salicylsäure sind nebensächlich.

Dysenterie-Rheumatoid. Schon Hippokrates bekannt. Die Häufigkeit wechselt nach Ort, Zeit und Charakter der Epidemie. Rapmund rechnet auf 400 Ruhrkranke 6 Rheumatoide. Meist erst in der 2. Woche, aber auch noch nach einem Monate, werden unter leichtem Fieber meist mehrere, am häufigsten die Knie- und die Fussgelenke ergriffen. Das Herz soll stets frei bleiben.

Tripper-Rheumatoid. Am besten bekannt. Häufigkeit wohl etwa $8^0/_0$. Das Rheumatoid kehrt bei jedem neuen Tripper wieder, stellt sich meist erst nach einigen Wochen ein, befällt am häufigsten das Kniegelenk und macht einen reichlichen Erguss. Der Tripper muss bis in die hintere Harnröhre eingedrungen sein, häufig bestehen Geschwüre, die später zu Strikturen führen. Das Herz, das zweifellos auch ohne Erkrankung der Gelenke von den Gonokokken angegriffen werden kann, erkrankt im Ganzen doch nur selten.

Scharlach-Rheumatoid. In manchen Epidemien in mehr als einem Drittel der Fälle beobachtet, tritt in der 2. bis 4. Woche mit grösster Vorliebe in den Handgelenken auf und verläuft meist gutartig. Etwaige (seltene) Vereiterung beruht auf Mischinfektion. Das Herz wird häufig mit betroffen. Salicylsäure wirkt gut.

Bei *Variola, Varicellen, Masern* sind Rheumatoide wohl beobachtet, aber recht selten. Das Gleiche gilt von der *Pneumonie,* bei der Vereiterungen der Gelenke durch Kokken vorkommen. Etwas häufiger ist wohl das *Erysipel-Rheumatoid,* das meist die Kniegelenke ergreift. Bei dem *Typhus* haben neben den seltenen Vereiterungen namentlich die grossen Ergüsse, meist im Hüftgelenk bei jungen Leuten, während der Reconvalescenz Aufsehen erregt, die wiederholt zu Spontanluxationen führten. Das *Recurrens-Rheumatoid* ist gutartig, macht aber oft heftige Schmerzen. Bei der *epidemischen Cerebrospinalmeningitis* werden in manchen Epidemien die Gelenke fast stets ergriffen, oft schon frühzeitig. Hand- und Kniegelenke am häufigsten. Auch bei der *Syphilis* kommen neben chronischen Gelenkerkrankungen akute Rheumatoide vor; meist in der Sekundärperiode und nach Erkältungen. Salicylsäure hilft gar nicht; Jod sicher. Bei der *Angina* endlich ist die Sache insofern etwas zweifelhaft, als sie augenscheinlich oft nur als Ausdruck dafür angesehen werden kann, dass die Rheumatismuserreger durch die Mandeln in den Körper eingedrungen sind. Dippe.

260. **Ueber Sinuspleuritis**; von Dr. Eduard Koll. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 597. 1896.)

Vom Herbst 1894 bis zum Sommer 1895 sind in der med. Klinik zu Würzburg etwa 30 Fälle einer eigenthümlichen Pleuritis, einer Entzündung der vorderen und der unteren seitlichen Pleurasinus zur Beobachtung gekommen. Die Krankheit begann meist plötzlich mit den Erscheinungen einer leichten Infektion. Aetiologisch war nichts Sicheres zu ermitteln, nur zweimal war ein Zusammenhang mit „Rheumatismus" anzunehmen. Die meisten Kr. klagten über auffallend heftige Magenbeschwerden: Schmerzen in der Ruhe, nach dem Essen, bei tiefem Athemholen oder bei Bewegungen, Aufstossen, Erbrechen. Die Schmerzen dehnten sich meist nach vorn über das Brustbein aus. Einige Kr. hatten starke Pulsbeschleunigung mit Herzklopfen. Stets fand man an den bezeichneten Stellen, in der Umgegend des Herzens, über den seitlichen unteren Lungenrändern, über dem Sternum, weiches pleuritisches Reiben bei tiefem Einathmen, das nach einigen Athemzügen verschwand, nach einigen Stunden aber wieder zu hören war. Zuweilen war das Reiben auch mit dem Herzschlag zu hören, ohne dass man an eine Perikarditis denken durfte; zuweilen schien es zum Theil an der oberen oder auch an der unteren Fläche des Zwerchfelles zu entstehen. Sehr auffallend war die ausserordentliche Hartnäckigkeit des Leidens. Die Beschwerden liessen nach, kehrten aber schwächer oder stärker wieder, das Reiben war bei einigen Kr., die in Beobachtung blieben, Monate lang zu hören.

Eine Erklärung dieser eigenthümlichen Pleuritis vermag K. nicht zu geben. Seine Vermuthung, dass sie oft übersehen und namentlich mit Magenleiden verwechselt werden dürfte, lässt sich nicht von der Hand weisen. Dippe.

261. **Contribution à l'étude de la psittacose**; par A. Gilbert et L. Fournier. Au nom d'une commission composée de MMs. Nocard et Debove, rapporteur. (Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 41. p. 429. Oct. 21. 1896.)

Mit dem Namen *„Psittacose"* wird eine oft tödtlich verlaufende Krankheit bezeichnet, die von einzelnen Vogelarten, namentlich Papageien, auf den Menschen übertragen werden kann. Die befallenen Thiere leiden hauptsächlich an starkem Durchfall, daneben bestehen Unlust zum Fressen, Niedergeschlagenheit, Sträuben des Gefieders. Beim Menschen geht die Affektion unter dem Bilde eines schweren typhösen Fiebers, ohne abdominale Symptome, aber mit so stark ausgesprochenen Erscheinungen

seitens der Lungen einher, dass sie geradezu als eine infektiöse Pneumonie angesprochen worden ist. Besonders gefährdet sind solche Personen, die sich mit der Pflege so erkrankter Vögel abgeben. Seit der grossen Pariser Epidemie im Jahre 1892, in der mehr als 50 Menschen befallen wurden, ist die Krankheit wiederholt in einzelnen Familien, die Papageien hielten, in gehäuften Fällen beobachtet worden.

Als Erreger wurde von Nocard ein kurzer, ziemlich dicker, an den Enden abgerundeter, sehr beweglicher, sowohl aërob, als anaërob vorkommender Bacillus angesprochen, der sehr schnell auf den verschiedensten Nährböden wächst, die Gelatine nicht verflüssigt, Milch nicht zum Gerinnen bringt und sich nach Gram nicht färben lässt. N. hatte ihn aus dem Knochenmark erkrankter Papageien gezüchtet.

Gilbert und Fournier konnten diese Angaben N.'s bestätigen, indem sie gelegentlich einer im Februar 1896 in Paris beobachteten Familien-Psittacose-Epidemie, bei der von 5 Erkrankten 2 innerhalb 8—9 Tagen starben, ebenfalls aus dem Knochenmarke verendeter Papageien eine gleiche Bakterienart gewannen. Vergeblich suchten sie diesen Mikroorganismus im Blute eines an Psittacose erkrankten lebenden Menschen. Sie fanden ihn aber im Herzblute einer daran verstorbenen Frau. Die weiteren Untersuchungen ergaben, dass seine Peptonwassercultur die Indol-Reaktion nicht zeigt, dass er auf der Kartoffel wie der Escherich'sche Bacillus sich verhielt und dass er, ähnlich dem Eberth'schen, 10 bis 12 Geisselfäden besitzt, die aber sehr leicht verloren gehen. Wurden 10 Tropfen einer 24 Stunden alten Bouilloncultur mit 1 Tropfen Typhus-Serum vermischt, so ballten sich die Bakterien zwar zusammen, behielten aber ihre Beweglichkeit bei, wurde der Versuch mit Serum eines gesunden Menschen wiederholt, so zeigten die Bacillen keine Veränderung. Ihre Virulenz ist eine ausserordentlich hohe: Mäuse, Kaninchen, Tauben u. s. w. werden innerhalb 14—48 Stunden getödtet. Aus diesen Untersuchungen geht hervor, dass der Nocard'sche Bacillus grosse Aehnlichkeit mit dem Eberth'schen hat, sich von diesem aber hauptsächlich durch seine Gelatine- und Kartoffelcultur und seine hohe Thierpathogenität unterscheidet. Da ausserdem auch der klinische Verlauf der Krankheit nicht der eines typischen Typhus ist, so dürfte die Annahme berechtigt erscheinen, dass es sich bei der Psittacose um eine wohlcharakterisirte specifische Mikrobenaffektion handelt, die sehr häufig bei Papageien auftritt und leicht auf den Menschen übergeht. Der Ursprung der Krankheit scheint ein exotischer zu sein.

Als prophylaktische Maassregeln wurden strenge Ueberwachung der Papageieneinfuhr, Verbot des Verkaufs solcher Vögel durch Händler im Umherziehen und öffentliche Belehrungen für Vogelhändler und Papageienbesitzer über Behandlung und Wartung erkrankter Thiere empfohlen.

Rost (Rudolstadt).

262. **Aerztliche Erfahrungen über Beri-beri,** *eine Krankheit der tropischen und subtropischen Gegenden;* von Dr. Carl Weintraub. (Wiener Klinik XXII. 10 u. 11. 1896.)

W. hat etwa 10 Jahre lang als niederländisch-ostindischer Militär- und Civilarzt, zuletzt als Chefarzt des Militärspitales in Batavia auf Java gewirkt und während dieser Zeit mehrere Tausend Beriberi-Kr. beobachtet, bez. behandelt. Seine Erfahrungen und persönlichen Anschauungen über diese Krankheit lassen sich in Folgendem zusammenfassen.

Die im ostindischen Archipel endemische Beriberi hat während der letzten Jahre bei *zunehmender Ausbreitung* mehr und mehr den Charakter einer Heereskrankheit angenommen. Ueber Dauer der *Incubation* und des *Stadium prodromorum* kann man keine genauen Angaben machen, da die Indolenz der vorzugsweise ergriffenen einheimischen Bevölkerung zweckmässige Untersuchungen fast unmöglich macht.

Die *Symptome* des Prodromalstadium sind allgemeine Schwäche, Unlust, unbestimmte Schmerzgefühle in den Beinen; diejenigen der ausgesprochenen Beriberi „manifestiren sich als die *Erscheinungen einer gestörten Funktion der peripherischen Nerven* und *als Störungen im Gebiete des Cirkulationsapparates*". Je nachdem die eine oder die andere Symptomengruppe mehr in den Vordergrund tritt, unterscheidet W. eine *paralytische* und eine *hydropische* Form der Beriberi. Letztere ist die häufigere, etwa 90%; sie kennzeichnet sich durch frühzeitiges Auftreten des Oedems, zuerst der Füsse, weiterhin der Unter- und Oberschenkel und des Scrotum. Oedem der Bauch- und Brustwandungen, des Halses und der Arme hat W. niemals zu beobachten Gelegenheit gehabt, wohl aber häufig ein „Gedunsensein" des Gesichts, eine Erscheinung, die mit der Zunahme der im weiteren Verlaufe fast immer eintretenden Exsudation in die serösen Körperhöhlen eine deutlich wahrnehmbare Steigerung erfuhr. Früher oder später stellen sich ferner die Zeichen einer sensiblen und motorischen Parese der Beine ein, die je nachdem in vollständige Paralyse übergehen kann. Durch Anasarca und Parese bekommt der Gang der Kranken ein ganz charakteristisches, an Tabes erinnerndes Gepräge, so dass er geradezu als pathognomonisches Zeichen angesehen werden kann.

Die Organe der Brust- und Unterleibshöhle zeigen im Anfangsstadium gewöhnlich keine abnormen Verhältnisse; bemerkenswerth ist, dass namentlich die Milzschwellung fehlt. Nur das Herz zeigt sich von vornherein schwer ergriffen, die Herzdämpfung ist vergrössert, der Herzstoss verstärkt, die Herztöne sind theils rein, theils durch blasende Geräusche ersetzt; entsprechend die sub-

jektiven Beschwerden. Die Harnmenge ist bedeutend verringert, Albumen nur ausnahmeweise vorhanden.

Die *paralytische* (von Anderen auch marasmatisch genannte) Form der Beriberi charakterisirt sich durch das kachektische Aussehen der Kranken und durch das stärkere Hervortreten und im weiteren Verlaufe Constantbleiben der Lähmungserscheinungen. Die Zeichen der stets symmetrischen sensiblen und motorischen Schwäche treten frühzeitig ein und gehen ohne grosse Schwankungen bald langsam, bald plötzlich in vollständige Lähmung über. Diese bleibt stets auf die Beine beschränkt, *nie* beobachtete W. ein Uebergreifen, wenigstens der completen Paralyse, auf die Muskeln der Arme oder gar des Pharynx und Larynx. In ausgebildeten Fällen: Verlust der cutanen und muskulären elektrischen Erregbarkeit, Fehlen der Patellarreflexe, Analgesie; „der Temperatursinn bleibt jedoch stets erhalten" (?). Hydropische Ergüsse fehlen.

Der *Verlauf* ist meist afebril, manchmal tritt leichtes Initialfieber auf, häufiger ein Fieberanfall auf der Höhe vor dem Tode. Letzteres in den akuten Fällen, die sämmtlich nach wenigen Tagen oder schon Stunden tödtlich endigen, die chronisch verlaufenden können mit Genesung endigen. Genaue Angaben über Mortalität fehlen. Grausenerregend schildert W. die Agonie, die sich bei vollem Bewusstsein vollzieht. Lungenödem und Herzlähmung sind die endgültige Todesursache. W. führt dabei noch eine Behauptung Lodewijk's an, der sehr häufig das Ueberdauern der Respirationbewegungen über die Herzbewegungen beobachtet haben will (?). Etwaige Genesung geht sehr langsam vor sich, 4 Monate bis 1 Jahr, aber selbst weit fortgeschrittene Fälle der paralytischen Form können mit Restitutio ad integrum endigen.

Pathologische Anatomie: Gehirn und Rückenmark zeigen die Erscheinungen der venösen Stauung, gegen die Annahme einer peripherischen Neuritis und Myositis verhält sich W. ablehnend, erkennt aber an, dass alle (?) quergestreiften Muskeln deutlich die Merkmale der fettigen Degeneration darbieten. Pleuritis serosa, Oedema pulmonum. Pericarditis serosa, keine Klappenfehler, Herz stark vergrössert, fettig entartet, Endarteriitis chronica der grossen Gefässe, Hydrämie. Peritonitis serosa; Leber, Milz, Nieren meist hyperämisch, sonst normal.

Aus diesem Befunde glaubt W. keine Erklärung der Sensibilität- und Motilitätstörungen ableiten zu können (Myositis?), die Veränderungen am Herzen hält er für sekundärer Natur und die Gefässerkrankung für die Ursache der Cirkulationstörungen. Betreffs der *Aetiologie* schliesst sich W. der Infektiontheorie an und glaubt, dass die Noxe durch die Respirationorgane in den kleinen und von da durch Vermittelung des Herzens in den grossen Kreislauf gelange und nun einerseits die Entzündung der Gefässwandungen, andererseits eine Blutzersetzung bewirke.

Die Beriberi befällt vorzugsweise die eingeborenen Soldaten und Sträflinge, bei der eingeborenen freien Bevölkerung, insbesondere Frauen und Kindern, hat W. keinen einzigen Fall gesehen. Neuerdings erkranken auch häufig Europäer des Mannschaftstandes, ja selbst Offiziere an der gefährlichen Krankheit, während Chinesen fast immun zu sein scheinen.

In Bezug auf die Verwandtschaft von Beriberi und Malaria erklärt W., dass nach seinen Erfahrungen im ostindischen Archipel beide Krankheiten sich gegenseitig ausschliessen. Wo Malaria endemisch ist, kommt keine Beriberi vor, in der nasskalten Regenzeit gedeiht letztere, in der trockenen warmen Jahreszeit mehr die erstere; auch im Uebrigen erklärt W. beide Krankheiten für streng verschieden.

Unter den *prädisponirenden Momenten* nennt W. neben ungünstigen hygieinischen und klimatischen Verhältnissen vor Allem *physische Ueberanstrengung* und *psychische Depression*, wie sie bei den eingeborenen Soldaten und Sträflingen erklärlich sind.

Als die eigentliche causa morbi erkennt auch er den von Ogata im Rückenmark, in den Nerven und im Blute Beriberi-Kranker gefundenen *Spaltpilz* an und führt als weiteren Beweis der *Infektiosität* der Krankheit die Art ihrer Ausbreitung, Verlauf u. s. w. an, während er eine *Contagiosität* leugnet.

Die *Diagnose* bietet nicht die geringsten Schwierigkeiten, die *Prognose* ist stets zweifelhaft, vielfach ungünstig. Morbidität und Mortalität sind sehr gross, zuverlässige Zahlen liegen nicht vor, da die Statistik durch Simulation, Häufigkeit der Recidive u. s. w. sehr erschwert wird.

Die *Therapie* ist eine symptomatische, ein specifisches Heilmittel giebt es nicht, das Wichtigste ist die rasche Entfernung des Kranken „aus dem Sitze des Infektionsherdes" an der Meeresküste nach dem Inneren, bez. den Gebirgsgegenden, für Europäer, wenn angängig, ein längerer Aufenthalt in gemässigter Zone.

Zum Schlusse schlägt W. folgende *prophylaktische* Maassregeln vor: 1) Beschränkung der Besatzungtruppen in Beriberi-Gegenden auf ein Minimum. 2) Zweckmässige Ernährung der Truppen und Sträflinge und gründliche Reinigung und Desinfektion der Kasernen, inclusive Truppenschiffe, Spitäler und Gefängnisse. 3) Isolirung. 4) Desinfektion, bez. Verbrennung sämmtlicher mit Beriberi-Kranken in Berührung gekommener Effekten, 5) besonders vor Transferirung. 6) Reform des Krankentransportwesens, spec. Einführung eigener Schiffe. 7) Beträchtliche Erhöhung der Etatstärke der niederländischen Colonialarmee, um der physischen Ueberanstrengung und psychischen Depression zu begegnen und endlich 8) Einführung sogenannter Krankenbüchel behufs Controle der

von jedem einzelnen Soldaten während seiner Dienstzeit durchgemachten Erkrankungen.

Kothe (Friedrichroda).

263. **Neuere Arbeiten über Physiologie und Pathologie der Verdauungsorgane.** (Schluss; vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 40.)

38) *Physikalische Untersuchungen über die Druckverhältnisse in der Bauchhöhle, sowie über die Verlagerung und die Vitalcapacität des Magens;* von Georg Kelling. (*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. Nr. 144. 1896.)

39) *Ueber normale und pathologische Lage des menschlichen Magens und ihren Nachweis;* von Dr. Meinert in Dresden. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 12. 13. 1896.)

40) *Ueber Gastroptose und Chlorose;* von Prof. H. Leo. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 12. 1896.)

41) *Ueber die Beziehungen der Form- und Lageveränderungen des Magens und des Dickdarmes zu Funktionsstörungen und Erkrankungen dieser Organe;* von Prof. Wilhelm Fleiner in Heidelberg. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 42—45. 1895.)

41a) *Anämische Zustände und Gastroenteroptose;* von Dr. Ed. Agéron in Hamburg. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 519.)

41b) *Ueber Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum;* von Prof. B. Stiller in Budapest. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 3. p. 285. 1896.)

41c) *Ein Fall von Enteroptose, nebst einigen Bemerkungen zur Enteroptosenlehre;* von Dr. Gottfried Frickhinger. (Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München. München 1896. J. F. Lehmann. p. 47.)

42) *Zur Therapie der Enteroptose;* von Dr. Alfred Günsburg in Frankfurt a. M. (Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 27. 1896.)

42a) *Untersuchungen über den Salzsäuregehalt des Mageninhaltes bei Chlorose;* von Dr. Otto Schroth. (Annalen der städt. allgem. Krankenhäuser zu München. München 1896. J. F. Lehmann. p. 117.)

43) *Sur le diagnostic de l'estomac biloculaire par l'insufflation;* par L. Bouveret. (Lyon méd. XXVIII. 5. 1896.)

44) *Ein Fall von Sanduhrmagen; zwei Laparotomien: eine Gastroanastomose, dann „Gastrolyse"; Heilung;* von Dr. Karl Schwarz in Agram. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 25. 1896.)

45) *A case of movable kidney, with dilatation of the stomach;* by Matthew Loohhead. (Glasgow med. Journ. XLV. 6; June 1896.)

46) *Zur Casuistik der Magenerweiterung;* von S. Rosenstein in Leiden. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 2. p. 161. 1896.)

47) *Ueber akute tödtliche Magendilatation;* von Dr. Alb. Albu. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 7. 1896.)

48) *Ueber Coma dyspepticum;* von Dr. Max Kohlhaas in Waiblingen. (Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 27. 1896.)

49) *Ein Fall von angeborener Hypertrophie des Pylorus;* von Dr. F. Schwyzer. (New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 10. 1896.)

50) *On two cases of congenital hypertrophy of the pylorus and stomach wall;* by John Thomson. (Edinburgh hospital reports. Edinburgh and London 1896. Young J. Pentland.)

51) *Untersuchungen über das Magencarcinom;* von Dr. Albert Hammerschlag. (Berlin 1896. S. Karger. — Arch. f. Verdauungskrankh. II. 1. 2. 1896.)

52) *Zur Diagnose des Magencarcinoms;* von Dr. Armin Huber. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVI. 18. 1896.)

53) *Ueber die Frühdiagnose des Carcinoma ventriculi;* von Dr. A. Schüle. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 37. 1896.)

54) *Ueber zwei Fälle von latent verlaufendem Magencarcinom;* von Dr. Wenzel Fischer. (Wien. med. Wchnschr. XLV. 35. 1895.)

55) *Contribution à l'étude des fonctions de l'estomac, étudiées sur un malade atteint de cancer du pylore et gastroentérostomisé;* par G.-M. Debove et M. Soupault. (Bull. de l'Acad. de Méd. LIX. 31. 1895.)

55a) *Observations concernant un cas de cancer de l'estomac traité par les rayons de Roentgen;* par V. Despeignes. (Lyon méd. LXXXII. p. 428. 503. Juillet, Août 1896.)

56) *Zur diagnostischen Verwerthbarkeit der Verdauungsleukocytose;* von O. Hassmann. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 17. 1896.)

57) *Double ulcère latent de l'estomac symétriquement situé sur la paroi antérieure et la paroi postérieure de l'organe. Double perforation. Laparotomie. Mort;* par Diriart et E. Apert. (Bull. de la Soc. anat. de Paris LXXI. 9; Avril 1896.)

58) *Ein durch ein Magengeschwür hervorgerufenes Magendivertikel, das eine Neubildung vorgetäuscht hat;* von Prof. Kolaczek in Breslau. (Mittheil. aus d. Grenzgebieten n. s. w. I. 2. p. 163. 1896.)

59) *Zur Casuistik und Therapie der lebensgefährlichen Magenblutungen;* von Dr. Carl Hirsch in Mainz. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 38. 1896.)

60) *Zur Behandlung des frei in die Bauchhöhle perforirten Ulcus ventriculi;* von Dr. Curt Pariser. (Deutsche med. Wchnschr. XXI. 28. 29. 1895.)

61) *The surgical treatment of round ulcer of the stomach and its sequelae, with an account of a case succesfully treated by laparotomy;* by R. F. Weir and E. M. Foote. (New York med. News LXVIII. 17. 18. April 25. May 2. 1896.)

61a) *Seven cases of perforated gastric ulcer treated by operation; with three recoveries;* by Arthur E. Barker. (Lancet Dec. 5. 1896.)

61b) *Zur Magenresektion bei Ulcus ventriculi;* von Dr. A. Brenner. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 48. 1896.)

62) *Chronic gastric ulcer and its treatment by papain;* by Guthrie Rankin. (Lancet I. 6; Febr. 9 1895.)

63) *Ueber die Behandlung des Ulcus ventriculi mit grossen Bismuthdosen;* von Dr. Friedrich Crämer. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 25. 1896.)

64) *Die Wismuthbehandlung des runden Magengeschwürs;* von Dr. Witthauer. (Therap. Monatsh. X. 10. 1896.)

65) *Eigene Erfahrungen über den chronischen continuirlichen Magensaftfluss;* von Dr. Max Einhorn in New York. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 620.)

66) *Ueber continuirliche Magenschleimsekretion;* von Dr. Dauber. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 2. p. 167. 1896.)

Die umfangreiche Arbeit von Kelling (38) gehört zum guten Theile unter die Physiologie, zum kleineren unter die **Magenkrankheiten.**

K. kommt bei seinen Untersuchungen über den Druck in der Bauchhöhle, speciell in Magen und Darm, zu dem Schlusse, dass es ganz besondere, die Wandspannung dieser Theile in eigenthümlicher Weise regulirende Nerven geben muss. Nerven, „welche die Spannung der Muskeln verringern, bez. bei gewissen Bewegungen den Hohlraum auf der einen Seite so viel vergrössern, als er sich andererseits durch Contraktion verkleinert". Nur so lässt sich nach K. der gleichmässige, in weiten Grenzen

von der Füllung und den peristaltischen Bewegungen unabhängige Druck im Magen und Darme erklären. Den Innenraum des Magens hat K. durch Lufteinblasung mittels der Sonde zu bestimmen gesucht und fand, dass er im Mittel bei 20 cm Wasserdruck 1000 ccm betrug.

Die Ausführungen K.'s über die **Gastroptose** enthalten kaum etwas Neues. Zur Diagnose scheinen ihm die erwähnten Lufteinblasungen am besten, jedenfalls besser als die sehr zweifelhafte Durchleuchtung des Magens mit einer eingeführten Glühlampe. Ueber den Zusammenhang zwischen Gastroptose und Chlorose spricht K. sich recht vorsichtig und nicht ganz klar aus. Dass uns nach seinen Ausführungen das Krankheitbild der Gastroptose wesentlich anschaulicher und überzeugender geworden wäre, könnten wir nicht behaupten.

Meinert (39) stellt seine aus früheren Arbeiten bekannten Anschauungen über die *Lage des Magens* und deren Bestimmung noch einmal ausführlich zusammen. Er meint, dass von den Frauen „cultivirter" Völker kaum eine mehr ihren Magen an der rechten Stelle habe. Der Pylorustheil zieht sich aus, verlängert sich und sinkt nach unten, von einem Herabsinken des *ganzen* Magens kann keine Rede sein. Sicher erkennen lässt sich dieser Zustand nur durch die *vollständige* Aufblähung des Magens, alle anderen Methoden sind unzuverlässig.

Leo (40) hat die Angaben Meinert's über *Gastroptose* und *Chlorose* (Jahrbb. CCXLVI. p. 146) nachgeprüft. Er kann bestätigen, dass bei Chlorotischen, die ein Corset tragen, der Magen oft auffallend tief in den Leib hinabhängt, hält aber den Schluss, die Chlorose sei eine Folge der Gastroptose, für unberechtigt.

Ganz besonders gründlich erörtert Fleiner (41) die *Lageveränderungen des Magens*. 1) Die Verlagerung nach oben, häufig als Folge schrumpfender linkseitiger Pleuritis oder durch beträchtliche Raumverengerung im Leibe. 2) Die Verlagerung in seitlicher Richtung durch Schrumpfungen oder durch Druck der Nachbarorgane. 3) Die Verlagerung nach unten, die *Gastroptose*, die man am richtigsten als Anpassung an die veränderten Raumverhältnisse in der oberen Bauchhöhle auffasst und deren häufigste Ursache der Druck unzweckmässiger Kleidung (Corset) ist. Die Ausführungen Fl.'s decken sich hier vielfach mit den Anschauungen Meinert's. Die üblen Folgen der Gastroptose zeigen sich hauptsächlich in Störungen der Magenentleerung (daher das häufige lästige „Kollern") und in nervösen Störungen, die nach Fl. „eben so häufig und eben so mannigfaltig sind als die von Verlagerungen der Gebärmutter ausgehenden nervösen Erscheinungen". Therapeutisch empfiehlt Fl. vor Allem Liegen. Es ist oft erstaunlich, wie gut auch heruntergekommene Kranke im Liegen essen können, sie verdauen gut und nehmen schnell zu. Daneben kommen Ausspülungen, Massage, das Tragen einer gut sitzenden Leibbinde in Betracht.

Agéron (41a) meint, dass anämische Zustände und Ernährungsstörungen als Folge von *Gastroenteroptose* recht häufig wären. Das Bindeglied zwischen beiden Zuständen bilden die Schädigungen der Magen-Darmbewegung mit ihren Folgen. Das Grundleiden wird oft übersehen und die Anämie ohne Erfolg mit Eisen, Mastkuren u. s. w. behandelt.

Eine ganz besondere, in vieler Beziehung sehr ansprechende Auffassung hat Stiller (41 b) von der *Enteroptose*. Er hält sie in der Hauptsache für ein *angeborenes Leiden*. Es besteht bei voller Entwickelung „eine Senkung des atonisch erweiterten Magens, des Dickdarms (besonders des Transversum), der Nieren (der rechten oder beider), selten der Leber und Milz, eine Senkung, die aus angeborener allgemeiner Schlaffheit, besonders aber der peritonäalen Aufhängebänder, meist in jugendlichem Alter sich entwickelt, und zwar *bei Individuen mit angeborener allgemeiner und dyspeptischer Neurasthenie*, mit zarter Muskulatur, dürftigem Fettpolster und sehr gracilem Knochenbau". Auf die angeborene Neurasthenie legt St. ganz besonderen Werth und er glaubt ein neues, sehr sicheres Zeichen für sie gefunden zu haben in einer *abnormen Beweglichkeit der 10. Rippe*. Sie hat keine knorpelige Verbindung mit dem Brustbeine, sondern nur eine ligamentöse, oder sie endet vollkommen frei. „Ein Griff an die Spitze der 10. Rippe (die in der verlängerten Mamillarlinie liegt) und wenn sie mobil ist, so bin ich dessen fast gewiss, dass auch bewegliche Niere und ein atonisch dilatirter Magen vorhanden sein müssen." Der Grad der Beweglichkeit der Rippe soll sogar auf den Grad der Enteroptose, vor Allem aber auf den der Neurasthenie schliessen lassen.

Welche Bedeutung seine Auffassung von dem Wesen der Enteroptose für die Therapie hat, deutet St. nur flüchtig an.

Auch Friokhinger (41 c) macht im Anschlusse an eine eigene Beobachtung darauf aufmerksam, dass manche der Enteroptose zugeschriebenen Erscheinungen rein nervöser Natur sind. Recht klar ist er sich über Entstehung und Natur des Leidens nicht.

Günzburg (42) räth, Kranken mit Enteroptose, namentlich wenn sie sich nicht schonen können und arbeiten müssen, täglich 3mal ein erbsen- bis bohnengrosses Stückchen frischer Presshefe zu geben. Es entwickelt sich dann ein mässiger Meteorismus, der den Magen anhebt und festhält. Die Kranken können besser essen und fühlen sich wohler. —

Ein gewisses Gegenstück zu alle den Arbeiten, die sich mit der Anämie als Folge von Magenstörungen beschäftigen, bildet die Mittheilung von Schroth (42a) aus der Bauer'schen Klinik in München.

Sch. hat bei 44 *Chlorotischen* den Magen genau untersucht und *weder sekretorisch, noch motorisch etwas Besonderes, Krankhaftes gefunden.* Dass einige Kranke einen gewissen Grad von Gastro- und Enteroptose darboten, scheint ihm gleichgültig. Man darf die Ursache der Chlorose nicht im Magen und Darm suchen, es ist richtiger, „die Chlorose in Zusammenhang mit Störungen in den Genitalien zu bringen, die dann eine Reizwirkung auf das Nervensystem ausüben und eine Alteration bestimmter Theile von ihm zur Folge haben."

Bouveret (43) gehört zu den grossen Verehrern der Magenaufblähung zu diagnostischen Zwecken, besonders werthvoll scheint sie ihm bei dem oft recht schwer zu erkennenden **Sanduhrmagen.** Gelingt es, beide Magentheile tüchtig aufzublasen, dann ist die Diagnose meist auf den ersten Blick gegeben. Es kommt aber auch vor, dass sich nur das obere Magenstück stark aufbläht, während das untere abgeschlossen bleibt, dann kann man gerade aus dieser kleinen zu hoch und zu weit links sitzenden Aufblähung, die mit den Ergebnissen der Palpation und mit den sonstigen Erscheinungen in auffallendem Widerspruche steht, die Diagnose machen.

Schwarz (44) machte in einem schweren Falle von *Sanduhrmagen* eine Gastroanastomose und musste 17 Tage später wegen heftiger Beschwerden, Erbrechen und Schmerzen den Leib noch einmal öffnen. Es fanden sich ausgedehnte Verwachsungen zwischen Magen und Zwerchfell, die gelöst wurden. Die vorhanden gewesene Ausdehnung des Kardiamagens war verschwunden. Der Magen zeigte eine gute Form. Da auch nach dieser zweiten Operation wieder Schmerzen auftraten, nahm Schw. regelmässige Gasaeftreibungen des Magens vor in der Absicht, neu entstandene Verwachsungen zu zerreissen oder doch zu dehnen. Der Erfolg war auffallend gut. Schw. meint, dass diese „unblutige Gastrolyse" öfter von Nutzen sein dürfte.

Die Diagnose auf Sanduhrmagen wurde in diesem Falle zum Theile daraufhin gestellt, dass es nicht gelang, in den Magen eingegossene Flüssigkeit wieder zu entleeren.

Lochhead (45) berichtet von einer 46jähr. Frau, die von Zeit zu Zeit Anfälle von Uebelkeit und Erbrechen mit grosser Schmerzhaftigkeit des Leibes bekam, Anfälle, die wahrscheinlich auf eine rechtseitige Wanderniere zurückzuführen waren. Die Kr. war sehr heruntergekommen und hatte einen *erweiterten Magen.*

Recht merkwürdig ist der Fall von **Magenerweiterung,** von dem Rosenstein (46) erzählt.

25jähr. Mensch. 1888 Erscheinungen von *Magengeschwür;* Besserung. 5 Jahre später Schmerzen, Magenblutung. Der Kr. kam in die Klinik und bot alle, aber auch alle Zeichen eines linkseitigen Hydropneumothorax dar derart, dass an der Diagnose eigentlich gar kein Zweifel sein konnte. Der Zustand wurde wieder besser, der Kr. konnte entlassen werden, kam aber nach einem Jahre sehr schlecht wieder, genau mit den gleichen Erscheinungen. Bei der *Sektion* ergab sich neben dem Geschwür ein mächtig erweiterter Magen, der die ganze linke Brusthälfte bis etwa zur 3. Rippe einnahm.

Der 26jähr. Kr. Albu's (47), der sich wahrscheinlich durch übermässiges Essen seinen Magen ausgedehnt hatte, überstand einen schweren Scharlach, erkrankte als Reconvalescent plötzlich mit heftigen Schmerzen in der Magengegend, starker Druckempfindlichkeit, Erbrechen, Benommenheit, Collaps und starb. Schon bei Lebzeiten hatte man eine stetig zunehmende Magenerweiterung feststellen können und in der Leiche fand sich eine „dilatatio permagna" ohne Geschwür oder Narbe; geringes Emphysem, Myocarditis et Nephritis parenchymatosa.

A. meint, dass in derartigen Fällen „nicht nur die Folgewirkung der *Magenlähmung*, sondern auch diese selbst als eine toxische zu betrachten sei", sie gehören in das grosse Gebiet der nervösen Störungen nach Infektionskrankheiten.

Dass bei *Magenerweiterung schwere allgemeine Vergiftungserscheinungen* auftreten können, ist bekannt. Einen neuen Beitrag hierzu liefert Kohlbaas (48), dessen Kr. mit Pyloruskrebs und starker Dilatation im „*Coma dyspepticum*" starb.

Schwyaer (49) und Thomson (50) beschreiben Fälle der ziemlich räthselhaften *angeborenen Pylorushypertrophie* mit Verengerung des Pylorus, die bei starker Ausbildung schwere Ernährungsstörungen und einen frühzeitigen Tod zur Folge hat.

Hammerschlag (51) hat in der Klinik Nothnagel's eingehende Untersuchungen über den **Magenkrebs** oder richtiger gesagt, über das Verhalten des Magens bei Magenkrebs angestellt. In der Hauptsache bestätigt er Bekanntes. Neu ist, dass er für die Milchsäurebildung nicht nur das Fehlen der freien Salzsäure und die motorischen Störungen, sondern auch das Pepsin verantwortlich macht. Er fand mehrfach trotz des Fehlens der Salzsäure und trotz der Magenschwäche keine Milchsäure, der Magensaft enthielt dann noch beträchtliche Mengen von Pepsin und er fand dann, wenn Milchsäure vorhanden war, kein Pepsin oder doch nur noch geringe Mengen. Eine gährunghemmende Wirkung des Pepsins hat bisher nicht nachgewiesen werden können, die Angaben H.'s bedürfen weiterer Bestätigung. Jedenfalls haben wir im Erkennen des Magenkrebses erhebliche Fortschritte gegen früher gemacht. Bei lange bestehenden Magenleiden ist Vorsicht geboten. Handelt es sich aber um eine erst kurze Erkrankung, „ergiebt eine innerhalb eines Zeitraums von 3 bis 4 Wochen mehrmals vorgenommene Untersuchung constant ein Fehlen freier Salzsäure, Verminderung der Eiweissverdauung unter 15%, reichliche Milchsäurebildung und Anwesenheit von zahlreichen langen Bacillen (Kaufmann u. Schlesinger) im Magensafte und ist auch während dieser Zeit keine Besserung eingetreten, so gestattet dies fast mit Sicherheit die Diagnose Carcinom, auch wenn kein Tumor palpabel ist und Kachexie fehlt". Die Herabsetzung der Eiweissverdauung bezieht sich auf das über das Pepsin Gesagte, wegen der langen Bacillen verweisen wir auf unsere früheren Zusammenstellungen.

H. berichtet auch über anatomische und histologische Untersuchungen, die eine vollständige Uebereinstimmung zwischen den anatomischen Veränderungen und den Leistungen der Magenwand ergaben. Man kann aus dem Vorhandensein einer starken, anhaltenden Milchsäuregährung mit voller Sicherheit auf eine Atrophie der Labdrüsen und

eine motorische Insufficienz des Magens schliessen und beide sind eben am häufigsten und am frühzeitigsten bei dem Magenkrebs.

Huber (52) führt einige lehrreiche Fälle zur *Diagnose des Magenkrebses* an, die Bedeutung des Milchsäurenachweises schätzt auch er recht hoch, jedenfalls höher als die des Fehlens der freien Salzsäure. Ganz ähnlich spricht sich auch Schüle (53) aus. Dass die Milchsäurebildung bei dem Magenkrebse in der Hauptsache die Folge einer frühzeitig eintretenden motorischen Insufficienz sei, glaubt er nicht.

Die beiden Kranken von Fischer (54) boten keinerlei Erscheinungen dar, die irgendwie auf ein Magenleiden hinwiesen. Bei dem 1. Kranken wurde der Krebs ganz überraschend bei der Sektion gefunden, bei dem 2. war er schon bei Lebzeiten deutlich zu fühlen. Derartige *„latente Magencarcinome"* sind bereits früher mehrfach beschrieben. Ref. entsinnt sich eines Falles, der bis zum Ende unter dem Bilde der perniciösen Anämie verlief.

Der Fall von Debove und Soupault (55) ist für die *chirurgische Behandlung des Magenkrebses* von Interesse. Der 37jähr. Kr. nahm nach der Gastroenterostomie in 3 Monaten 34 Pfund zu, obwohl sich weder die motorischen, noch die sekretorischen Leistungen des Magens anscheinend wesentlich verbesserten und obwohl Pankreassaft und Galle reichlich in den Magen flossen.

Despeignes (55a) endlich glaubt einen Magenkrebskranken mittels Röntgen'scher Strahlen, wenn auch nicht gerade geheilt, so doch wesentlich gebessert zu haben und fühlt sich dadurch sehr „encouragé!".

Hassmann (56) beschäftigt sich mit der *Differentialdiagnose zwischen Krebs und* **Magengeschwür.** Man hat für diese Differentialdiagnose vielfach das Verhalten, das Auftreten, bez. Nichtauftreten, der *Verdauungleukocytose* benutzen wollen und man ist bis zu einem gewissen Grade dazu berechtigt. Man muss nur in dem verschiedenen Verhalten nicht etwas dem Krebs oder dem Geschwür Eigenthümliches sehen wollen, sondern lediglich einen Ausdruck für den Grad der vorhandenen Schleimhautveränderungen. Die Verdauungleukocytose dient der Peptonresorption; wenn also, wie bei Krebs, so oft und so zeitig, die Magenschleimhaut stark erkrankt und die Peptonisation im Magen äusserst mangelhaft ist, so bleibt die Leukocytose aus. Sie kann erhalten bleiben, wenn die Speisen sehr leicht und schnell in den Darm gelangen und dort peptonisirt werden, oder in jenen seltenen Fällen, in denen die Magenschleimhaut trotz eines vorhandenen Krebses lange leistungsfähig bleibt. Das Fehlen der Verdauungleukocytose steht also als Diagnosticum für den Magenkrebs in einer Linie mit dem Fehlen der freien Salzsäure und dem Vorhandensein der Milchsäure.

Bei dem Magengeschwür bleibt die Verdauungleukocytose erhalten, selbst wenn eine Pylorusverengerung und Magenerweiterung entsteht. Entartet und versagt die Schleimhaut, dann hört die Leukocytose auch hier auf.

Dass *Magengeschwüre* vollkommen latent verlaufen und dann plötzlich zu den schwersten Erscheinungen führen können, ist bekannt. Die Kranke von Diriart u. Apert (57) starb schnell an einer allgemeinen Peritonitis und bei der Sektion fand sich ein durchgerissenes Magengeschwür, von dem Niemand etwas geahnt hatte. D. u. A. meinen, für diese Form der Peritonitis seien der sehr heftige Beginn und Verlauf, der Sitz der Schmerzen und die Druckempfindlichkeit, sowie das Fehlen von Uebelkeit und Erbrechen besonders charakteristisch.

Kolaczek (58) fand bei einer Kr., die durch heftige Gastralgien sehr heruntergekommen war und bei der man am linken Rippenbogen, in der Warzenlinie, eine etwa hühnereigrosse Geschwulst fühlte, ein dickwandiges *Divertikel*, das er operativ entfernte. K. meint, dass ursprünglich ein *Magengeschwür* bestanden habe, das zu einer Verwachsung zwischen Magen- und Bauchwand führte. Nach und nach sei dann ein *Traktiondivertikel* entstanden.

Hirsch (59) erzählt von einer Frau, die ein kleines *Magengeschwür* 2 Jahre lang ohne wesentliche Beschwerden hatte und dann nach einer Gemüthserregung an einer mächtigen *Magenblutung* starb, und knüpft daran Erörterungen über die chirurgische Behandlung derartiger Blutungen. Ob und wann operirt werden soll, lässt sich nur von Fall zu Fall entscheiden. Mit Rücksicht auf jene Fälle, in denen das Geschwür bei der Operation nicht aufzufinden war, wäre es vielleicht richtig, während der Blutung zu operiren. Findet man das Geschwür, so wird es entweder herausgeschnitten oder mit dem Thermokauter verschorft.

Pariser (60) bespricht die *Behandlung des Magengeschwürs,* namentlich mit Rücksicht auf die drohende oder bereits eingetretene *Perforation.* Er hält bei jedem Magengeschwür vollkommene Bettruhe, „unter möglichster Ausschaltung aktiver Bewegungen" für nothwendig. „Bei zweifelhafter Diagnose stecke man lieber einen Fall [sic!] zu viel in's Bett, als einen zu wenig." Besteht das Geschwür schon lange Zeit und führt die Wismuthkur Fleiner's nicht zur Heilung, dann räth P., den Magen etwa 8—12 Tage vollkommen in Ruhe zu lassen und den Kranken lediglich vom After her zu ernähren. Tritt eine Perforation ein, so hängt so gut wie Alles davon ab, ob der Magen leer oder voll war. War er sicher vollständig leer, dann sei man nicht zu eilig mit der Operation, dann kann bei absoluter Ruhe, Opium, Eis auch ohne diese Heilung eintreten (eine eigene Beobachtung, 14 Fälle aus der Literatur), war der Magen nicht vollständig leer, dann ist mit diesen Mitteln nichts zu erreichen, dann kann nur die Operation helfen.

Weir und Foote (61) stellen 79 Fälle von *Laparotomie wegen durchgebrochenen Magengeschwürs* und 9 wegen durchgebrochenen Duodenalgeschwürs in einer Tabelle zusammen. 82% der Fälle betrafen Frauen, durchschnittlich im Alter von

25 Jahren. Die Männer waren älter. 71% der Kranken starben. Die Erfolge der Operation waren um so besser, je frühzeitiger eingegriffen wurde. Die fleissige Arbeit hat in der Hauptsache chirurgisches Interesse.

Dasselbe gilt von der Mittheilung Barker's (61a), deren Hauptinhalt aus dem Titel ersichtlich ist.

Brenner (61b) erinnert an jene Fälle, in denen *Verwachsungen des Magens mit der Nachbarschaft in Folge von Geschwüren* die allerschwersten, zu einer Operation drängenden Erscheinungen machen. Er hat zwei solche Kranke operirt. Der Geschwürgrund, die Verwachsung wird im Gesunden umschnitten und das Magenloch zugenäht. In dem 2. Falle handelte es sich um eine Verwachsung mit dem Pankreas, die man bisher meist als Rührmichnichtan betrachtet hat.

Rankin (62) berichtet über 10 Fälle von Magengeschwür, in denen er mit Eisen, Cannabis indica und Papain gute Erfolge erzielt hat.

Crämer (63) und Witthauer (64) haben beide mit der *Behandlung des Magengeschwürs mit grossen Wismuthgaben* vortreffliche Erfahrungen gemacht. Sie haben das Mittel ohne Sonde, ohne Ausspülung einfach trinken lassen: 8—10—15 g (W. ist da, wo es gut vertragen wurde, bald auf 20 g gestiegen) in etwa 200 g Wasser (Schüttelmixtur), Morgens nüchtern. Danach lässt man den Kranken eine Weile auf der Seite, auf der wohl das Geschwür sitzen dürfte, im Zweifelsfalle mit erhöhtem Becken flach auf dem Rücken liegen. Bei strenger Diät schwinden meist schon in wenigen Tagen die vorhandenen Beschwerden; W. hat die Kur im Allgemeinen etwa 10 Tage lang angewandt. —

Einhorn (65) giebt eine kurze anschauliche Schilderung der **Hypersekretion**, wie sie sich in der Praxis am häufigsten darstellt. Erscheinungen: anfangs unbestimmt, dann namentlich Schmerzen längere Zeit nach dem Essen oder bei leerem Magen, Erbrechen (kann fehlen) nach dem Frühstück, nach dem Abendessen, seltener während der Nacht, starker Hunger und Durst, mässige Abmagerung, Verstopfung. Aetiologie: Die Kranken haben schnell gegessen, unregelmässig gelebt, viel geistig gearbeitet; zuweilen ist eine Infektionskrankheit vorausgegangen, zuweilen auch ein Magengeschwür. Das Leiden ist nicht sehr häufig und betrifft meist Männer. Prognose: ziemlich gut. Therapie: Häufige Mahlzeiten; Beschränkung der Amylaceen und des Getränkes; Alkalien. Wismuth, 2 g vor den Hauptmahlzeiten, vielleicht Brom; Magenausspülungen mit nachträglichem Höllensteinspray (2‰).

Dauber (66) endlich berichtet aus der Leube'schen Klinik über einen Kranken, der anfangs die Erscheinungen eines Magenkatarrhes darbot, bei dem sich dann aber als das Auffallendste eine beständige reichliche *Schleimabsonderung* im Magen herausstellte. D. construirt sofort eine neue „Sekretionsneurose", die Gastrosuccorrhoea mucosa.

67) *Die diätetische Behandlung der Magen-Darmerkrankungen.* Mit einem Anhange: *Die diätetische Küche;* von Dr. C. Wegele. 2. vorbesserte Auflage. Jena 1896. Gustav Fischer. Gr. 8. X u. 168 S.

68) *Ueber Ordnung und Eintheilung der Mahlzeiten;* von Prof. Immanuel Munk. (Ztschr. f. Krankenpflege XVIII. 4. 1896.)

69) *Ueber die funktionellen Erfolge nach Operationen am Magen;* von Dr. Ernst Siegel. (Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. 3. p. 328. 1896.)

70) *Stoffwechseluntersuchungen bei zwei Fällen von Gastroenterostomie;* von Dr. Friedrich Heinsheimer. (Ebenda p. 348.)

71) *Die Lokalbehandlung des Magens;* von Dr. Alfred Meiel. (Wien. klin. Wchschr. X. 42—44. 1896.)

72) *Ueber die Verwendbarkeit der Rosenheim'schen Magensonde zur Magendouche und einige zweckmässige Modifikationen derselben;* von Dr. Max Salomon. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 31. 1896.)

73) *Ueber Ausspülung des Magens mit Lapislösung;* von Dr. Enrico Reale. (Wien. med. Wchschr. XLVI. 15—18. 1896.)

74) *Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Papains bei Magenkrankheiten;* von Dr. Georg Grote. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 30. 1896.)

75) *Mittheilungen über die Wirkung des Orexinum basicum;* von Dr. Emil Hüfler in Chemnitz. (Therap. Monatsh. X. 10. 1896.)

76) *Ueber die therapeutische Anwendung von diastatischem Ferment;* von Prof. H. Leo in Bonn. (Ebenda 12.)

Das Buch von Wegele (67) haben wir bereits in einer unserer früheren Zusammenstellungen (Jahrbb. CCXLI. p. 251) angezeigt. Die neue Auflage ist durchgearbeitet und ergänzt; Auffassung und Eintheilung des ganzen Stoffes sind dieselben guten geblieben, wie früher. Wir möchten uns sowohl mit den allgemeinen Ausführungen, wie mit den Einzelvorschriften in der Hauptsache einverstanden erklären. Die angefügten Kochrecepte sind sämmtlich auf Calorien berechnet.

Munk (68) spricht über die *Eintheilung der Mahlzeiten* und kommt zu dem Ergebnisse, dass es so am besten ist, wie es sich durch Ueberlieferung und Erfahrung herausgebildet hat. Wer nicht gerade körperlich schwer zu arbeiten braucht, macht am besten nur 3 Mahlzeiten am Tage und nimmt etwa früh 12%, mittags 47% und abends 31% seiner Tagesration ein. Wird die Hauptmahlzeit auf den Abend verlegt (sie soll aber nicht zu spät, nicht nach 6 Uhr eingenommen werden), so lauten die Zahlen: 12, 38 und 50.

Die beiden Arbeiten von Siegel (69) und Heinsheimer (70) stammen aus dem städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. Dort ist in der letzten Zeit 12mal die *Gastroenterostomie* gemacht worden, 9mal wegen Krebs, 3mal wegen verengernder Geschwürnarben. Siegel geht die einzelnen Fälle durch und meint nach seiner Erfahrung, dass bei gutartigen Pylorusverengerungen die Gastroenterostomie weitaus die beste Operation sei, sie ist wesentlich ungefährlicher und leistet mindestens eben so viel, wie die Pylorusresektion.

Bei Krebs wird letztere in erster Linie in Frage kommen, ist sie aber nicht mehr ausführbar, dann bleibt auch hier nur die Anlegung einer Fistel zwischen Magen und Darm übrig. Jedenfalls warte man mit dieser Anlegung nicht zu lange, nicht so lange, bis die schwersten Erscheinungen auftreten und die Kranken gar zu sehr heruntergekommen sind. Die Operation ist ungefährlich und ihr Erfolg oft ganz überraschend gut. Die Kranken fühlen sich erheblich wohler als vorher, erholen sich rasch und das Leben wird beträchtlich verlängert, „da zweifellos bei Wegfall der andauernden Magenreizung durch stagnirende Speisen die Schnelligkeit des Wachsthums der bösartigen Geschwulst eine herabgesetzte ist“.

Für die Ausführung der Operation machen sowohl Siegel, wie Heinsheimer darauf aufmerksam, dass man die Fistel möglichst hoch oben am Darm anlegen muss, da sonst die Fettverdauung erheblich beeinträchtigt sein kann.

Meisl (71) bespricht der Reihe nach die *Magenausspülung*, die *Magendusche* — von recht zweifelhaftem Werth —, den *Instillationskatheter* von Pick, der auch zur Magendusche verwendet werden kann, oder dazu, die Mageninnenfläche vorsichtig mit Medikamenten (Höllensteinlösungen) zu befeuchten, und die *elektrische Behandlung* des Magens, die ihm in der neuerdings meist empfohlenen Form, von innen her, recht umständlich und zweifelhaft erscheint.

Salomon (72) räth zur *Magendusche* eine Sonde mit Kuppenloch und nur wenigen, 9, schrägen Seitenlöchern zu nehmen. Aus den wenigen Seitenlöchern läuft die Flüssigkeit in stärkerem Strahl und trifft grössere Flächen der Magenschleimhaut. Sind zu viel Löcher, so rieselt die Flüssigkeit nur an der Sonde herunter.

Reale (73) empfiehlt nach den Erfahrungen der I. med. Klinik zu Neapel Ausspülungen mit 0.25—0.5% *Höllensteinlösungen* bei verschiedenen Magenkrankheiten, namentlich bei chron. Katarrh mit Hypochlorhydrie. Diese Ausspülungen erhöhen die motorische Kraft des Magens, regen die Saftabscheidung an, beseitigen Erbrechen und bessern damit das Allgemeinbefinden oft auffallend schnell.

Grote (74) hat in der Riegel'schen Klinik das mehrfach empfohlene *Papain* erprobt, ist aber nicht sehr befriedigt. Bei ulcerativen Zuständen und bei Hyperacidität ist das Mittel sicherlich schädlich, bei mangelhafter Saftbildung ist es (zu 0.5—1.0 3mal täglich) eines Versuches werth.

Hüfler (75) hat das *basische Orexin* zu 0.3 in Oblaten etwa 2mal täglich 30 Nervenkranken mit schlechtem Appetit gegeben und hat bei 18 einen guten Erfolg gesehen. Ein Ergebniss, das das Mittel seiner Ansicht nach allen ähnlichen überlegen erscheinen lässt.

Leo (76) hat die von Amerika her empfohlene *Taka-Diastase* versucht, die aus dem Aspergillus Oryzae, der von den Japanern zur Reisweinerzeugung benutzten Pilzart, gewonnen wird. Das Mittel wirkt zu 0.1—0.3 mit dem Essen gegeben kräftig diastatisch und dürfte da, wo es an Speichel fehlt, oder wo die zu reichliche Salzsäurebildung die Speichelwirkung zu schnell aufhebt, von Nutzen sein.

Darm.

77) *Beiträge zur Kenntniss der Aufsaugungs- und Ausscheidungsvorgänge im Darm;* von Dr. Georg Honigmann. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 3. p. 296. 1896.)

78) *Ueber den Einfluss der Galle und des Pankreassaftes auf die Fettresorption im Dünndarm;* von Dr. Isaac Levin in New York. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXIII. 3 u. 4. p. 171. 1896.)

79) *Ueber den sogenannten paralytischen Darmsaft;* von Dr. Lafayette B. Mendel. (Ebenda 9 u. 10. p. 425.)

80) *Beitrag zur Bakterienflora des Darms;* von Dr. W. Lembke. (Arch. f. Hyg. XXVI. 4. p. 293. 1896.)

81) *Studien über die „Bacterium coli-ähnlichen“ Mikroorganismen normaler menschlicher Fäces;* von Dr. H. Ehrenfest. (Ebenda p. 369.)

82) *Les amibes de l'intestin; leur valeur séméiologique et pathogénique;* par Albert Matthieu et Maurice Soupault. (Gaz. des Hôp. LXIX. 119. Oct. 17. 1896.)

83) *Ueber Amöbenenteritis;* von Dr. J. Boas. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 14. 1896.)

84) *Ueber die Beziehungen der Form- und Lageveränderungen des Magens und des Dickdarmes zu Funktionsstörungen und Erkrankungen dieser Organe;* von Prof. Wilhelm Fleiner. (Münchn. med. Wochenschr. XLII. 44. 45. 1895.)

85) *Ueber ein Symptom bei Kothtumoren;* von R. Gersuny. (Wien. klin. Wchschr. IX. 40. 1896.)

86) *Ueber die Bedeutung der äusseren Hernien in der Aetiologie gastrointestinaler Störungen;* von Dr. Emil Schütz in Wien. (Ebenda 27.)

87) *Darmkatarrh und Darmneurose;* von Dr. R. v. Engelhardt. (Petersb. med. Wchnschr. XX. 48. 1896.)

88) *Ueber die Abhängigkeit gewisser chronischer Diarrhöen von mangelnder Sekretion des Magensaftes;* von Dr. B. Oppler. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 32. 1896.)

89) *Ueber die Therapie gewisser mit Magenaffektionen zusammenhängender Erkrankungen des Darms;* von Dr. Bruno Oppler. (Therap. Monatsh. X. 3. 1896.)

90) *Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines künstlichen Afters;* von Dr. Felix Franke in Braunschweig. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 379. 1896.)

91) *Zur Pathologie und Therapie der chronischen Diarrhöen;* von Dr. Arnold Pollatschek in Karlsbad. (Wien. med. Wchnschr. XLVI. 20. 1896.)

92) *Borinsufflation bei Darmaffektionen;* von Dr. Ferdinand Merkel. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 52. 1895.)

93) *Ueber Duodenalstenosen;* von Dr. H. Herz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 23. 24. 1896.)

94) *Versuche über Intubation des Duodenum;* von John C. Hemmeter. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 1. p. 85. 1896.)

95) *Ein seltener Fall von multiplen, carcinomatösen Strikturen des Darms;* von Dr. Anton Brosch. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 606. 1896.)

96) *Ueber einen Fall multipler Primärkrebse des Dünndarms;* von Dr. Albrecht v. Notthafft. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 43. 1896.)

97) *Ein Fall von Krebs am verlagerten Blinddarm;* von Dr. Hans Pässler. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 34. 1895.)

98) *Ueber alimentäre Albumosurie;* von Dr. J. Chvostek u. Cand. med. Emil Stromayr. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 47. 1896.)

99) *Ueber einen tuberkulösen Mastdarmpolypen:* von L. Prochownick. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49. 1896.)

Honigmann (77) konnte an einer 20jähr. tuberkulösen, sehr heruntergekommenen Kranken, der ein halber Meter vom Ileum und einige Centimeter vom Blinddarm herausgeschnitten worden waren und deren unteres Dünndarmende durch die Bauchdecken nach aussen mündete, Versuche über *Aufsaugung und Ausscheidung im Darme* anstellen. Die Verhältnisse für die Versuche lagen nicht sehr günstig: der Dickdarm war an sich krank, stand mit einem Abscess in Verbindung und konnte nicht recht mit in Betracht gezogen werden.

Als erstes prüfte H. die Aufsaugung von *Fett* und *Eiweiss*, und fand, dass der verstümmelte Darm der elenden Kranken dem Fette gegenüber seiner Aufgabe vollkommen gerecht wurde, er resorbirte prompt so gut wie alles eingeführte Nahrungsfett. Mit dem Eiweiss war es anders. Hier war die Aufnahme entschieden ungenügend; der Stickstoffgehalt des Kothes war erheblich zu gross. Dass der des Harnes zu gleicher Zeit sehr gering war, sieht H. als ein Zeichen dafür an, „als auche der Organismus den Stickstoffverlust im Darm durch eine geringere N-Ausscheidung in den Nieren wieder einzubringen“.

Weiterhin prüfte H. das Verhalten von *Kalk* und *Eisen* im Darme und fand Folgendes: „Der mit der Nahrung eingeführte und im Dünndarm aufgenommene Kalk wird wahrscheinlich vorwiegend durch den Dickdarm ausgeschieden. — Der Dünndarm vermag arzneilich eingeführtes Eisen in relativ und absolut grosser Menge aufzunehmen. Bei der Ausscheidung des arzneilich eingeführten Eisens scheint vorwiegend der Dickdarm betheiligt.“

Die Ergebnisse über das Eisen stimmen gut mit den in diesem Hefte (p. 24) besprochenen Angaben Quincke's überein.

Levin (78) experimentirte an Hunden, um die Vorgänge bei der *Fettresorption* im Dünndarme und besonders *den Antheil, den Galle und Pankreassaft daran haben,* festzustellen.

Bei der Aufsaugung von neutralem Fett sind unter normalen Verhältnissen die Epithelzellen der Zotten mit Fetttropfen angefüllt. Hält man die Galle oder den Pankreassaft oder beide vom Dünndarm fern, so findet man diese Fetttropfen nicht mehr und sieht auch an dem nicht milchig getrübten Chylus, dass von Fettresorption nicht viel die Rede sein kann. Woher kommt das? Man hat verschiedene Erklärungen versucht, ist aber nie recht mit einander einig geworden. L. sieht den Grund nicht in einer besonderen Einwirkung der Galle und des Pankreassaftes auf das Fett, sondern in einer besonderen Einwirkung auf die Epithelien. Es fehlt der Reiz, der diese veranlasst, das in den Darm gelangte unveränderte Fett aufzunehmen.

Das *unveränderte Fett!* Seifen können auch bei dem Fehlen von Galle resorbirt werden. Man sieht dann keine Fetttröpfchen in den Epithelien, wohl aber im Chylus. Augenscheinlich geht die Seife gelöst durch das Epithel hindurch und danach erst, vielleicht im Innern der lymphatischen Zellen der Zotten, findet die Rückbildung in Neutralfett statt. Dieses ist die einzig mögliche Art der Fettaufsaugung ohne Galle und Bauchspeichel, wie weit auch sie durch beider Fehlen beeinträchtigt ist, vermag L. noch nicht zu sagen. —

Ueber die *Flüssigkeit, die sich im Darme nach Durchschneidung der Darmnerven ansammelt*, ist viel gestritten worden. Die Einen haben sie für richtigen Darmsaft gehalten, die Anderen für ein Transsudat, bedingt durch die Lähmung der Darmgefässe. Mendel (79) schliesst sich nach seinen Versuchen im physiologischen Institut zu Breslau der ersteren Ansicht an. „Dafür sprechen alle bisher beobachteten Eigenschaften der Flüssigkeit. Ihre Zusammensetzung gleicht vollständig derjenigen des aus Fisteln gewonnenen Darmsekrets. Besonders auffallend ist das in Bezug auf Alkalinität und Chlorgehalt. Die Analysen der Flüssigkeiten, von verschiedenen Thieren stammend, zeigen beinahe dieselbe Constanz, wie der normale Darmsaft zu verschiedenen Zeiten von einem Thiere erhalten. Auch der geringe Eiweissgehalt spricht gegen die Annahme eines Transsudates. Ferner stimmt die Wirkung der Flüssigkeit auf die verschiedenen Nährstoffe vollständig mit derjenigen des normalen Darmsaftes überein. Wenn Leuhuscher und Tecklenburg angeben, dass die Flüssigkeit weder im Stande ist, Eiweiss zu verdauen, noch Stärke in Zucker zu verwandeln, dass sie also keinerlei verdauende Eigenschaften besitzt, folglich nicht durch Sekretion der Darmdrüsen entstanden sein kann, so ist gegen diese Schlussfolgerung hervorzuheben, dass auch dem normalen Darmsekret keinerlei proteolytische Wirkung zukommt. Wie letzteres aber ist das paralytische Sekret im Stande, eine amylolytische Wirkung auszuüben und Rohrzucker, sowie Maltose, nicht aber Milchzucker, in Dextrose umzuwandeln. Auch die histologische Untersuchung der Schleimhaut des präparirten Darmes und ein Vergleich mit dem übrigen Darme lässt nie irgend etwas Abnormes bemerken; die vorhandene Vermehrung der Zahl der Parenchymzellen entspricht der erhöhten Thätigkeit der Schleimhaut.“

[Die Untersuchungen Lembke's (80) wollen *den Einfluss, den die verschiedene Nahrung auf die Bakterienflora des Darms ausübt,* feststellen. Bekannt sind die Versuche Sucksdorf's, der bei Darreichung von sterilisirter Nahrung eine ganz bedeutende Keimabnahme im Darme feststellen konnte. In qualitativer Hinsicht fand Escherich an Kindern beim Uebergange von der Milchnahrung

zur gewöhnlichen Kost, dass die Flora des Darmes sich änderte, dese manche Arten ganz verschwanden und neue auftraten. L. stellte seine Versuche an 2 Hunden an, die in bestimmten Zeitabschnitten mit einer bestimmten Kost gefüttert wurden. Es wurden 81 Fäces untersucht, die der gemischten Kost, Brotkost, Uebergang von Brot- zu Fleischkost, Fleisch- nnd Fettkost entstammten. Von den 33 isolirten Bakterienarten fanden eich bei irgend einer Kostform nicht mehr als 12, so dass also die Arten einem grossen Wechsel unterliegen müssen. Nur das Bacterium coli commune wurde bei jeder Kostform angetroffen, es scheint das einzige obligate Darmbakterium zu sein. Die meisten Arten fanden eich bei Brotkost, die wenigsten bei Fleischkost. Die Darmflora wird demnach durch die Art der Ernährung beeinflusst, der Wechsel in der Ernährung ruft Wechsel in der Darmflora hervor. Zu demselben Reeultate kamen auch Maofadyen, Nencki und Sieber, als sie die Dünndarmflora einer en einer Darmfistel Leidenden untersuchten. L. hat leider keine quantitativen Untersuchungen über die einzelnen Arten angestellt, auf Grund „des Gesammtbildes" aber und der Thatsache, dess die meisten der von ihm gefundenen Arten aus den Fäces der ersten Kosttage etammten, während die Fäcesplatten der letzten Kosttage vorwiegend Colonien von Bact. coli aufwiesen, glanbt er annehmen zn müssen, dass die mit der neuen Kost eingeführten neuen Bakterien das Bact. coli in seiner Zahl zurückdrängen, dann aber gewinne dieses von Tag zu Tag wieder an Zahl und nähme bald wieder die herrschende Stellung unter den Fäcesbakterien ein, da es im Darme günstigere Lebensbedingungen als die anderen Arten finde.

Der Begriff *„Bacterium coli commune"* wird in der Literatur bekanntlich ganz verschieden gefasst. Man geht soweit, jede in Form eines oberflächlichen Häutchens auf den von Fäcee hergestellten Gelatineplatten, ja sogar jede nicht verflüssigende Colonie anf ihnen, ale Bact. coli in ganz willkürlicher Weise anznsprechen. Ehrenfest (81) stellte es sich zur Aufgabe, die in normalen menschlichen Fäces Erwachsener vorhandenen Bakterienarten, soweit sie in oberflächlichen, nicht verflüssigenden Häutchen wachsen, einem vergleichenden Studium in ihren morphologischen nnd biologischen Eigenschaften zu unterziehen. Aus 15 verschiedenen Plattenculturen isolirte er 10 Bakterienarten, die bei genauerer Untersuchung so wesentliche Verschiedenheiten zeigten, dass sie als Artdifferenzen, bez. Merkmale differenter Arten aufgefasst werden müssen. E. tritt daher dem Vorschlage verschiedener Antoren, u. A. Gilbert und Lion, bei, den Namen Bact. coli nur für diejenigen Kurzstäbchen zu gebrauchen, die, wie 4 von ihm isolirte, die allgemein anerkannten Eigenschaften besitzen: Eigenbeweglichkeit, oberflächliche Häutchenbildung, Vergährung von Trauben- und Milchzucker-Bouillon unter starker Säure- und Gasbildnng, Indolreaktion. Anders sich verhaltende Bakterien sollen von dem Begriffe Bact. coli commune abgegrenzt werden. Schliesslich glaubt E. noch darauf hinweisen zu müssen, dase es auch Kokkonarten in Fäces giebt, die auf Gelatine in Häutchenform wachsen. Ficker (Leipzig).]

Mathieu und Sonpault (82) stellen alles Das zusammen, wae man über *Amöben im Darme* weiss, besprechen ihr Vorkommen und Aufsuchen, ihre Cultur nnd ihre Bedeutung. Da sie bei Gesunden ebenso gefunden werden wie bei der Ruhr und bei anderen Darmkrankheiten, da sie aber andererseits auch bei der Ruhr fehlen können, so lässt sich über ihre Bedeutnng zur Zeit etwas Sicheres noch nicht sagen.

Boae (83) meint, dass man doch zum Mindesten die *Amöben* nicht als ganz harmlose überall vorhandene Darmbewohner ansehen dürfe. Er hat 2 Kranke beobachtet, bei denen die zahlreichen im Stuhle vorhandenen Amöben mit ziemlicher Sicherheit als die Erreger der heftigen hartnäckigen Diarrhöe angesehen werden durften (Versuche an Katzen waren ohne Erfolg) und er hat andererseits im Stuhle von 43 Darm-Gesunden niemals mit Sicherheit Amöben gefunden. Dass sie gelegentlich wirklich einmal bei Gesunden vorkommen, wäre noch kein Beweis für ihre Unschuld. Ob sie besonderer Umstände, der Beihülfe anderer Lebewesen n. s. w. bedürfen, um den Darm krank mechen zu können und ob es verschiedene Arten pathogener Darmamöben giebt, vermag B. nicht zu entscheiden. —

Fleiner (84) beschreibt die *Form- und Lageveränderungen des Dickdarmes* nnd erörtert ihre Entstehung und Wirkung.

Senkungen des Dickdarmes sind meist die Folge starken Schnürens. Am häufigsten wird die Flexura coli dextra mit der Leber heruntergedrückt, seltener und weniger die Flexura sinistra. Je mehr die beiden Flexuren einander genähert werden, in desto tieferer Schlinge hängt das Quercolon in den Leib herunter. Wird ein grosser Theil des Dickdarmes in den unteren Bauch gepresst, so entsteht bei etraffen Bauchdecken hier ein übermässiger Druck, der auf den ganzen Darm und bei Mädchen und Frauen auch auf die Geschlechtstheile ungünstig einwirkt.

Verschiebungen dee Blinddarmes *nach oben* kommen vor in Folge entzündlicher Verwachsnngen mit der Leber. Häufiger wird dae Quercolon durch den stark angefüllten Dünndarm zu weit nach oben gedrängt. Bei Männern öfter die rechte Hälfte, so dass die Leber überlagert wird oder durch den Druck in „Kantenstellung" geräth, bei Frauen häufiger die linke Hälfte derart, dass der Magen durch das emporgeschlagene Quercolon verdeckt wird.

Die Folgen etarker Dickdarmverlagerungen sind sehr mannigfaltig; meist lassen sie sich auf Kothstauungen zurückführen. So entstehen die ver-

schiedensten Schmerzen vom „Seitenstechen" bis zur richtigen Darmkolik, starke Verstopfung wechselt mit reaktiver Diarrhöe. Fl. ist der Ueberzeugung, dass hei zahlreichen Typhlitiden nnd Perityphlitiden die Kothstauung die Ursache ist und dass ganz etwas Aehnliches wie hier auch an anderen Theilen des Dickdarmes vor sich gehen kann. Er führt einige Krankengeschichten als Beispiele für derartige *Colitis* und *Pericolitis stercoralis* an.

Die Therapie ergiebt sich aus dem Gesagten leicht. Zur Beförderung der Kothbewegung dienen am besten grosse Oelklystire nnd Massage.

Gersuny (85) beschreibt einen Fall, der sich den Ausführungen Fleiner's gut anschliesst. Es gieht Menschen, die seit früher Kindheit an hartnäckiger Verstopfung leiden, bei denen der von vornherein wohl nioht ganz normale (abnorm gelagerte?) Dickdarm stetig in seiner Wand verdickt, dabei verlängert, verzogen wird nnd bei denen sioh nicht selten grosse *Kothtumoren* gelegentlich mit Ileuserscheinungen bilden. Diese Kothtumoren sind oft schwer zu erkennen und können, wie es auch in dem Falle G.'s geschah, zu einer nntzlosen Laparotomie verleiten. Zu ihrer Unterscheidung von anderen Geschwülsten hält G. ein besonderes Zeichen, das „Klebesymptom", für besonders werthvoll. Man soll mit starkem Fiogerdruck die Darmwand in den Tumor hineindrücken und soll dann fühlen können, wie sie sich naoh einiger Zeit wieder von dem Kothe ablöst. Das Zeichen kann nur dann entstehen, wenn der Koth nicht gar zu hart ist und wenn genügende Luft im Darme um die Kothmassen herum vorhanden ist.

Wie verhältnissmässig geringe Verlagerungen nnd Verengerungen des Darmes die unangenehmsten Erscheinnngen machen können, zeigen jene Fälle, in denen anhaltende heftige Schmerzen, hartnäckige „dyspeptische" Zustände, schwere Verdauungstörungen einfach auf dem Vorhandensein eines oft nur kleinen nnd vielleicht ohne Schwierigkeiten zn reponirenden *Darmbruches* beruhen. Schütz (86) macht unter Anführung zahlreicher Beispiele anf diese praktisch besonders wiohtigen Fälle aufmerksam. Das Leiden wird oft verkannt. Die Leute werden lange Zeit als Magenkranke oder auch als Nervöse behandelt, his der Arzt auf den Bruch aufmerksam wird, der entweder dem Kranken selbst unbekannt war oder dnrch ein schlechtes Baod nicht zurückgehalten, sondern nur gequetscht wird. Eine besonders grosse Rolle spielen hier die sicher nicht seltenen, oft recht kleinen und namentlich bei fetten Menschen schwer zu findenden Brüche in der Linea alba, deren Vorkommen, Symptome und Diagnose Sch. eingehend bespricht. Therapeutisch ist gerade bei diesen kleinen Brüchen meist nur durch eine Operation etwas Sicheres zu erreichen.

Engelhardt (87) erörtert die Unterschiede zwischen *Darmkatarrh* und *Darmneurose*, die nicht immer sehr auffallend sind. Als Wichtigstes kann man anführen: Bei dem chronischen Katarrh Abmagerung, Blässe; bei der Neurose meist gutes Allgemeinbefinden. Bei dem Katarrh tritt etwa vorhandener Durchfall schon während der Nacht oder am frühen Morgen auf, vertheilt sich ungleichmässig über den Tag und ist abhängig von der Diät. Der nervöse Durchfall stellt sich meist zur üblichen Stuhlzeit oder gleich nach dem Essen ein; es folgen mehrere Ausleerungen schnell auf einander, dann kommt eine längere Panse. Die Diät ist gleichgültig, oft hört der Durchfall bei gemischter Kost auf. Bei dem Katarrh ist das Colon auf Druck empfindlioh, bei der Nervosität die Aorta oder die Iliaca.

Oppler (88. 89) meint, dass es Fälle giebt, in denen ein schwerer chronischer Dnrohfall in der Hauptsache nur dnrch ungenügende Magensaftbildung bedingt ist. Er führt einige Beispiele hierfür an und erörtert die Behandlung, die sich zusammensetzt aus der bei chronisohem Darmkatarrh und der bei Salzsäuremangel im Magen übliohen.

Eine sehr energische *Behandlung* hat Franke (90) in einem besonders schweren Falle von *Colica mucosa* (Enteritis membranacea) angewandt mit bestem Erfolge. Er hat der Kr., die an nnerträglichen Schmerzen litt und sehr heruntergekommen war, einen künstlichen After angelegt uod sofort hörten sämmtliche Beschwerden auf. Die Kranke fühlt sich so wohl und hat vor ihren früheren Zuständen solche Angst, dass sie ihre Einwilligung zum Verschluss des künstlichen Afters verweigert.

F. hält diesen schweren Eingriff in so verzweifelten Fällen wie der seine war, in denen die Beschwerden gar zn gross nnd alle anderen Mittel nutzlos sind, für durchaus erlaubt. Nur etwas würde er in einem nenen ähnlichen Falle noch vorher versuchen: die Suggestion; denn er stimmt der Ansicht Derer zu, die die Colica mucosa im Grunde für ein hysterisches Leiden ansehen.

Da wir einmal bei der *Behandlung* sind, sei gleich hier erwähnt, dass Pollatschek (91) von Neuem *heisse Darmeingiessungen* gegen chronische Diarrhöe empfiehlt. Er räth, mit etwa 100 g Wasser von 42—45° C. zu beginnen und nicht über 200 g hinaus zu gehen.

Merkel (92) hat bei *chronischer Verstopfung* mit ungenügendem Abgang der reichlich gebildeten Luft gute Erfolge von *Boreinblasungen* durch den After gesehen. Man treibt mit einem kräftigen Pulverbläser 2—4 g Bor in den Mastdarm, meist erfolgt nach 5 Minuten bis zn 3 Stunden Stuhldrang mit guter Ausleerung und oft schon nach 8 Tagen ist der Zustand im Ganzen wesentlich gebessert.

Die 4 Fälle von *Duodenalstenose*, über die Herz (93) aus dem Allerheiligen-Hospital zu Breslau berichtet, enthalten kaum etwas Neues,

Sitzt die Stenose „suprapapillär“, so wird die Unterscheidung von der Pylorusstenose kaum möglich sein; sitzt sie „infrapapillär“, so liegt die Sache anders. Dann ist die auffallendste Erscheinung die beständige Anwesenheit von Galle im Magen. Weshalb der Magen einmal stark erweitert ist, das andere Mal nicht, lässt sich schwer sagen, es scheinen hier angeborene Eigenthümlichkeiten eine Rolle zu spielen. In jedem Falle ist der Magen nie recht leer, sondern stets (oder doch fast stets) mit Galle und Bauchspeichel haltiger Flüssigkeit angefüllt und dem entsprechend spielt sich in ihm diejenige Verdauung ab, die normaler Weise in das Duodenum und den obersten Dünndarm gehört. Bildet sich eine starke Magenerweiterung aus, dann kommen die verhältnissmässig geringen Galle- und Bauchspeichelmengen nicht mehr recht zur Geltung, man hat dann das bekannte Bild mit den mannigfaltigen Gährungen und Zersetzungen vor sich.

Die Diagnose der Duodenalstenose wird sicherer werden und wir werden über die Vorgänge im Duodenum überhaupt erst etwas ganz Zuverlässiges erfahren, wenn es gelingen sollte, das Duodenum vom Munde und Magen her zu sondiren. Hemmeter (94) berichtet über entsprechende Versuche, die stellenweise zu recht ermuthigenden Ergebnissen geführt haben. Er bläht den Magen durch einen Gummisack auf und führt dann verschieden gekrümmte Rohre längs der kleinen Curvatur durch den Pylorus hindurch.

In dem Falle von Broach (95) handelte es sich um ein Magencarcinom, von dem aus sich durch Lymphadenitis und Lymphangitis carcinomatosa des Gekröses *Darmkrebse* entwickelt hatten, die an drei Stellen den Darm ganz erheblich verengerten.

Waren in diesem Falle die Darmkrebse zweifellos sekundär, so waren sie bei dem Kranken v. Notthafft's (96), v. N. giebt nur den Sektionbericht, höchst wahrscheinlich primär, ziemlich zu gleicher Zeit an verschiedenen Stellen des Dünndarmes entstanden.

Mehrfache Primärkrebse treten an einem Organe meist dann auf, wenn dieses eine Veränderung eingeht, die es zur Krebsentwickelung besonders geneigt macht. Diese Thatsache bewährte sich auch in dem Falle v. N.'s: der Darm zeigte in grosser Ausdehnung senil-atrophische Veränderungen.

In dem Falle von Päßler (97) handelte es sich um einen Blinddarmkrebs, der Blinddarm lag aber hoch oben rechts hinter der Leber. Diagnosticiren lässt sich etwas Derartiges nicht. Man hatte einen Krebs der Flexura coli dextra angenommen.

Chvostek und Stromayr (98) haben in der 2. med. Klinik zu Wien die bereits mehrfach angestellten Versuche wieder aufgenommen, aus besonderen Eigenthümlichkeiten der Darmresorption gewisse Darmerkrankungen zu erkennen. Maixner hatte zuerst bei Magenkrebs und bei Abdominaltyphus Pepton im Harne gefunden und diese *alimentäre Peptonurie* oder richtiger *Albumosurie* ist seitdem mehrfach bestätigt, aber verschieden verwerthet und erklärt worden.

Chv. und Str. gaben Gesunden und Kranken Pepton und Somatose und untersuchten dann den Harn. Bei Gesunden oder bei Leuten, die augenscheinlich einen guten Darm hatten, gelang es niemals, auch durch beträchtliche Mengen von Albumose nicht, Albumosurie zu erzeugen. Dagegen kann bei geschwürigen Darmkrankheiten zweifellos Albumose im Harne erscheinen. *Kann*, es thut es nicht immer, man dürfte also dieses Zeichen nur dann verwerthen, wenn es vorhanden ist, sein Fehlen beweist augenscheinlich gar nichts.

Der Fall von Prochownick (99) ist ein anatomisches Curiosum. P. fand bei einer 23jähr. Frau am Mastdarme eine *polypenartige Bildung tuberkulöser Natur*. Der Polyp enthielt unter einer leicht entzündeten Schleimhaut mehrere durch Bindegewebeschichten von einander getrennte tuberkulöse Käseherde, die in Verbindung mit einander standen und mit einer feinen Fistelöffnung in den Darm mündeten. Da die Kr. zugleich im Douglas'schen Raume einen grossen tuberkulösen Abscess darbot, während die Lungen anfänglich frei waren, so liegt der Gedanke an eine Ansteckung durch die Geschlechtstheile nahe.

100) *Ueber Typhlitis und Appendicitis;* von Dr. Alois Pick. (Wien. med. Wchnschr. XLVI. 15—17. 1896.)

101) *Die Appendicitis und ihre Complikationen;* von Dr. Ernst Siegel. (Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. 2. p. 179. 1896.)

102) *Erfahrungen über Perityphlitis;* von Dr. Carl Lauenstein. (Ebenda 3. p. 255.)

103) *Recherches expérimentales sur l'appendicite;* par H. Roger et O. Josué. (Revue de Méd. XVI. 6. p. 433. 1896.)

104) *Étude sur l'appendicite;* par le Prof. Dieulafoy. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXXV. 10. p. 260. 1896.)

105) *Wann operiren wir bei Appendicitis?* von Dr. R. Gersuny. (Wien. med. Presse XXXVII. 46. 1896.)

106) *Zur Behandlung der Typhlitiden;* von Dr. H. Herz. (Therap. Monatsh. X. 4. 1896.)

107) *Zur Therapie, insbesondere dem Werth der Frühoperation bei der Entzündung des Processus vermiformis;* von Dr. Carl Beck. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 38. 39. 1896.)

108) *Ueber Appendicitis;* von Prof. George R. Fowler. Autorisirte Uebersetzung aus dem Englischen. Mit einem Geleitwort von Prof. A. Landerer. Berlin 1896. S. Karger. Gr. 8. XII u. 128 S.

109) *Die Erkrankungen des Darms und des Peritonaeum;* von Prof. H. Nothnagel in Wien. I. Theil. XVII. Band, 1. Theil, 1. Abtheil. der Speciellen Pathologie u. Therapie von Prof. H. Nothnagel. Wien 1896. Alfred Hölder. Gr. 8. 179 S. (Preis 6 Mk. 40 Pf., für Abonnenten 4 Mk. 80 Pf.) II. Theil. XVII. Band, 1. Theil, 2. Abtheilung. S. 180—431. (Preis 10 Mk. 60 Pf., für Abonnenten 8 Mk.)

Von den auch im letzten Jahre in stattlicher Anzahl erschienenen Arbeiten über *Typhlitis, Appendicitis, Perityphlitis* u. s. w. stellen wir hier nur einige zusammen und verweisen für die übrigen auf die zahlreichen Einzelberichte der Jahrbücher. Dass die bekannten, vielumstrittenen diagnostischen und therapeutischen Fragen in letzter Zeit ihrer endgültigen Beantwortung sehr wesentlich näher geführt worden wären, kann man wohl nicht behaupten.

Pick (100) giebt eine klare Zusammenstellung dessen, was er von dem Allbekannten für richtig und wichtig hält. Er hält unbedingt an dem Vorkommen einer wahren *Typhlitis stercoralis* fest, die

er zu Anfang auch dann, wenn Fieber und ganz ordentliche Schmerzen bestehen, mit leichten Abführmitteln, Ricinusöl, Calomel, zu behandeln räth. Sofort nach der Wirkung soll man den Darm mit häufigen kleinen Opiumgaben wieder ruhig stellen.

Bei der Besprechung der *Appendicitis* geht P. ausführlich auf die seiner Ansicht nach zu Unrecht vernachlässigte *Colica processus vermiformis* ein, die weitaus am häufigsten durch einen Fremdkörper verursacht wird, nach P. aber auch rein „nervös" ohne anatomische Grundlage sein kann. Sie sieht Gallen- und Nierenstein- oder auch Darmkoliken sehr ähnlich. Der Schmerz kann sehr heftig sein und ganz plötzlich einsetzen. Mit der Herausbeförderung des Fremdkörpers (Steines) aus dem Wurmfortsatze hört er auf, gelingt diese nicht, so tritt mit der Zeit auch Ruhe ein, die Wand des Fortsatzes erlahmt und der Fremdkörper kann nun Anlass zu Entzündung, Durchbruch u. s. w. sein.

Siegel (101) spricht ausführlich die *Appendicitis* durch, deren Bedeutung mit der Zahl der Operationen und Sektionen stetig wächst. Wir wissen jetzt, dass der unglückliche Wurmfortsatz an vielem Schuld ist, was früher dem Blinddarme zugeschrieben wurde. S. unterscheidet die nicht eitrige, die eitrige Entzündung und die akute Gangrän des Wurmfortsatzes, er erörtert Diagnose, Verlauf und Behandlung der verschiedenen Formen. Wie lange man mit der Operation warten soll und darf, lässt sich im Allgemeinen einfach nicht sagen und auch im einzelnen Falle werden verschiedene Aerzte verschiedener Meinung sein. Entschliesst man sich zur Operation, dann soll man, wenn irgend möglich, den Wurmfortsatz herausnehmen.

Lauenstein (102) giebt 37 Krankengeschichten: 3 leichte Fälle von *Appendicitis* simplex; 3 Fälle, die zeigen, was für schwere Erscheinungen eine sich selbst überlassene Perityphlitis anrichten kann, auch wenn sie nicht zu einer allgemeinen Peritonitis führt; 4 Fälle mit freiem Durchbruch in die Bauchhöhle; 15 Fälle von akuter eitriger Perityphlitie mit bestem Erfolg der operativen Behandlung; 12 Fälle von chronischer Appendicitis, in denen ebenfalls die Herausnahme des Wurmfortsatzes zur Heilung führte. Diese Erfahrungen geben L. Recht bei seinem Eintreten für frühzeitiges Operiren.

[Roger und Josué (103) haben bei Kaninchen, die sich zu derartigen Versuchen gut eignen, künstlich *Entzündungen des Wurmfortsatzes* erzeugt. Die Versuche wurden in 4fach verschiedener Weise ausgeführt: Ligatur des Appendix mit nachfolgender Injektion einer virulenten Cultur von Bact. coli; einfache Ligatur des Appendix; Verengerung mittels unvollständiger Ligatur; Einführung eines Fremdkörpers. Die genau untersuchten krankhaften Veränderungen finden ausführliche Darstellung. Es zeigte sich, dass nur die vollständige Ligatur des Appendix eitrige Entzündung zu erzeugen vermag. Blosse Verengerung rief keine nennenswerthen Veränderungen hervor, desgleichen die blosse Einführung von Fremdkörpern; letztere wurden durch die Contraktionen der Wandungen wieder herausgetrieben. Die entzündlichen Veränderungen im obliterirten Appendix sind die Folge der Sekretstauung und der dadurch herbeigeführten Anhäufung der Bakterientoxine, die in die Gewebe diffundiren. Bei erhaltenem Sekretabfluss sind die Toxine schadlos.

Beim Menschen ist die Erkrankung des Wurmfortsatzes nicht immer die Folge völliger Obliteration; blosse Verengerungen, die Folgen vorangegangener geschwüriger Erkrankungen der Schleimhaut, deren Ursache und Verlauf uns sehr oft entgehen, können ihrerseits in dem einmal erkrankten Organ der Ausgangspunkt neuer Entzündungen werden. Patzki (Leipzig).]

Diesen letzteren Angaben stimmt Dieulafoy (104) entschieden nicht zu. Seinen Erfahrungen nach ist auch bei dem Menschen die schwere Appendicitis stets die Folge eines vollständigen Abschlusses des Wurmfortsatzes gegen den Darm. Dieser Abschluss kann auf recht verschiedene Weise schnell oder langsam zu Stande kommen, ehe er aber nicht vollständig ist, ist nichts Gefährliches zu befürchten. Weitaus am häufigsten handelt es sich um eine *Appendicitis calculosa* und nicht selten um ein öfteres Vorkommen in Gicht- und Stein-Familien.

Gersuny (105) beantwortet die Frage: *wann operiren wir bei Appendicitis?* nach den üblichen Erörterungen und Erwägungen mit den Worten: „In den Fällen, wo die Hoffnung auf spontane Heilung geringer wird, dürfen wir operiren, in den Fällen, wo imminente Gefahr vorhanden ist, müssen wir operiren." Ueber derartige schön klingende allgemeine Sätze kommen wir zur Zeit noch nicht recht hinaus.

Herz (106) tritt auf Grund der Erfahrungen im Allerheiligen-Hospital in Breslau (Abtheilung des Prof. Buchwald) mehr für die nicht chirurgische Behandlung der Perityphlitis ein. Grössere Zahlen sprechen entschieden für Abwarten auch in denjenigen Fällen, in denen wohl Eiter vorhanden sein dürfte.

Dem gegenüber spricht Beck (107), Professor der Chirurgie in New York, die Hoffnung aus, dass die Frühoperationen mehr und mehr Anklang finden werden auch in zweifelhaften Fällen und auf die Gefahr hin, dass der Chirurg nach der Eröffnung des Bauches nichts zu thun findet. „Lieber zu früh, als zu spät." Die Spontanheilungen sind gefährlich und halten meist auch nicht ordentlich vor.

Eine sehr ausführliche Bearbeitung findet die *Appendicitis* in dem Buche von Fowler (108), das allerdings aus dem Jahre 1894 stammt und hier und da wohl nicht mehr ganz auf der Höhe steht.

F. beginnt mit einer guten Darlegung der anatomischen Verhältnisse und bespricht dann etwas zu schematisch die Entzündung des Wurmfortsatzes. F. war wohl nächst Grisolle einer der Ersten, der es aussprach, dass Alles das, was man lange Zeit als Typhlitis und Perityphlitis bezeichnete (und auch heute noch vielfach bezeichnet), fast immer Appendicitis und Peri-, bez. Paraappendicitis ist. An die „appendikuläre Kolik“, als Ausdruck dafür, dass der Wurmfortsatz sich von eingedrungenen Kothmassen, Steinen u. s. w. wieder zu befreien sucht, glaubt F. nicht. Der heftige Schmerz, mit dem das Leiden einsetzt, ist seiner Ansicht nach die erste Erscheinung der bereits eingetretenen Appendicitis. Die Bedeutung der „Fremdkörper“ sei bei der Aetiologie der Wurmfortsatzentzündung ausserordentlich übertrieben worden; das Wesentlichste sei immer eine Infektion, bei der das Bacterium coli commune die Hauptrolle spielt, und die durch zurückgehaltene Kothmassen und Aehnliches, wohl befördert wird, was aber durchaus nicht immer der Fall zu sein braucht. Grossen Werth legt F. auf Cirkulationstörungen und ungenügende Ernährung in dem an sich schon wenig widerstandsfähigen, rudimentären Organ, häufig als Folge besonders starker Krümmung oder Abknickung.

Recht gut scheinen uns die letzten Capitel: über Diagnose, Prognose und Behandlung. Von der *Prognose* sagt F. „sie ist in den nicht operativ behandelten Fällen ungünstig nach Maassgabe der Schwere der Infektion und in den chirurgisch behandelten Fällen nach Maassgabe des zeitlichen Zwischenraumes zwischen dem ersten Anfall und dem operativen Vorgehen“. Ein gutartiger Anfang beweist gar nichts, er kann jeder Zeit und schnell in die schwersten Erscheinungen übergehen. „Nach meinem Urtheil ist die Prognose nur in solchen nicht operativ behandelten Fällen günstig, in denen die Krankheit weder progressiven, noch stationären Charakter zeigt, sondern innerhalb der ersten vierundzwanzig Stunden nach dem Anfall zurückgeht, wie sich dies aus den Symptomen der Empfindlichkeit erkennen lässt — vorausgesetzt, die letztere ist nicht durch die Applikation eines Opiats maskirt.“ Für die anderen, d. h. für die grosse Mehrzahl aller Fälle, sieht F. das Heil nur in einer *frühzeitigen* Operation. —

Den Schluss unserer Zusammenstellung mag das Nothnagel'sche (109) Buch bilden, in dem wir augenscheinlich eine erschöpfende und ganz vorzügliche Schilderung der *Darmkrankheiten* bekommen. Wir dürfen wohl auf die beiden bis jetzt vorliegenden Theile etwas genauer, als es sonst üblich ist, eingehen.

Theil I beginnt mit einer Besprechung der *chemischen Vorgänge im Darmkanale* von Dr. Fritz Obermayer, der eine Beschreibung der *Bakterien des Darmes* von Dr. Julius Mannaberg folgt. Erst auf p. 45 setzt Nothnagel ein mit 1) *Die Darmbewegung.* Eigentlich physiologisch sind nur die peristaltische und die pendelnde Bewegung, die rollende greift schon auf das Gebiet der Pathologie über. Physiologisch wird der Darm nur durch seinen Inhalt zu Bewegungen angeregt [? Ref.]. N. schildert dann die complicirte Innervation des Darmes und die pathologischen Bewegungen: die gesteigerte Peristaltik, die tetanische Contraktion und die Antiperistaltik. Die bekannten Grützner'schen Versuche über das Hinaufwandern von Kochsalzlösungen vom Rectum her bis zum Magen glaubt N. so erklären zu können, dass eine gewisse Antiperistaltik entsteht, wenn besondere Reize, die starke Kochsalzlösung, an einer „unphysiologischen Stelle“, vom Rectum her, in den Darm gelangen.

2) *Die Darmentleerung.* Hier werden die Bestandtheile des Stuhles bei Gesunden und bei Kranken aufgeführt; am meisten interessiren die Erörterungen über die vielumstrittenen Fettstühle.

3) *Die Stuhlträgheit.* N. erkennt eine „habituelle Obstipation“ als selbständige Krankheit an und sieht ihren eigentlichen Grund „in abnormer Funktion des Darmnervensystems“. Auch die Enteroptose lässt N. mit gewissen Einschränkungen als Krankheit und als Ursache der Stuhlträgheit gelten. Die „partielle Darmatonie“ Federn's, die Unbeweglichkeit umschriebener Dickdarmstücke, die zu den allerverschiedensten Krankheiten, unter Anderem auch zu Morbus Basedowii, zu Asthma, zu Herzinsufficienz führen soll, erwähnt er nur, ohne kritische Bemerkung. Die Behandlung ist recht gut dargestellt, ohne die hier vielfach üblichen Uebertreibungen. N. hätte es noch deutlicher aussprechen können, wie schwer die Behandlung in manchen Fällen ist, und hätte erwähnen sollen, welche grosse Rolle die Suggestion oft spielt.

4) *Der Durchfall.* Ohne anatomische Veränderungen der Darmwand erfolgt Durchfall auf Reize, die entweder vom Darminhalt, oder vom Nervensystem, oder vom Blute her wirken. Diese 3 Formen des Durchfalls werden besprochen. Bei der ersten geht N. kurz auf die Wirkung der Abführmittel ein; dem nervösen Durchfall fügt er die Erkältungsdiarrhöe an, bei der es sich wahrscheinlich „um eine von den Hautnerven aus vermittelte reflektorische Gefässhyperämie der Darmschleimhaut, mit stärkerer seröser Transsudation in das Darmlumen und vielleicht auch vermehrter Schleimsekretion“ handelt; zur 3. Form gehören der Durchfall nach unter die Haut gespritzten Arzneien und der Durchfall bei Urämie, Malaria, Cholera, Septikämie u. s. w.

5) *Darmdyspepsie.* Die Verdauung im Darm wird gestört: durch Erkrankungen der Darmwand, durch ungenügenden Zufluss von Galle und Bauchspeichel, drittens aber auch durch unpassende Beschaffenheit des Darminhaltes. Diese letzte Form

ist bekanntlich bei kleinen Kindern von ganz besonderer Bedeutung. Ueber kurz oder lang verbindet sie sich gern mit Erkrankungen der Darmwand.

6) *Gasansammlung.* Sie entsteht durch zu reichliche Bildung oder durch mangelhafte Abführung der Darmgase. Eine ganz besondere Sache ist es mit dem bekannten Meteorismus der Hysterischen, über dessen Wesen und Entstehung wir noch ganz und gar nichts Sicheres wissen. N. hält die Ansicht Valentiner's für am wahrscheinlichsten, „dass eine plötzliche Parese der Darmmuskulatur und ein eben so rasches Aufhören derselben, analog dem Verhalten vieler anderer Lähmungen bei Hysterischen, den eigenthümlichen Meteorismus derselben erkläre". So recht befriedigen wird diese Erklärung Jemanden, der die wunderbare Erscheinung aus eigener Anschauung kennt, kaum. Die Behandlung des Meteorismus ist zur Zeit nicht allzuviel werth.

7) *Die Darmschmerzen.* N. schliesst hier die Bleikolik aus, erwähnt neben der katarrhalischen auch die Wurmfortsatzkolik als Vorläufer der Perityphlitis und widmet ein eigenes kleines Capitel der „nervösen Enteralgie".

8) *Darmblutung.* N. bespricht Art, Ursache und Bedeutung der Blutungen, ihren Verlauf, ihre Diagnose klar und überzeugend. Bei der Behandlung empfiehlt er vor Allem Ruhe und Opium. Das Auflegen von Eis auf den Bauch ist Unsinn, eher haben schon Ergotineinspritzungen eine gewisse Berechtigung. Bei wiederholten Blutungen soll man Bismuthum subnitricum in grossen Dosen geben.

9) *Verhalten des Harnes bei Erkrankungen des Darmes.* Die Ausscheidung von Indican und anderen gepaarten Aetherschwefelsäuren, sowie die Acetonurie und die Rosenbach'sche Reaktion werden kurz erwähnt; die Albumosurie fehlt. Im Allgemeinen legt N. der Harnuntersuchung keine zu grosse Bedeutung für das Erkennen und Beurtheilen der Darmkrankheiten bei.

10) *Darmkatarrh.* N. unterscheidet Intoxikation- und Infektionkatarrhe, schildert die pathologische Anatomie und den Verlauf des akuten und des chronischen Katarrhs vorzüglich und geht dann ganz besonders noch auf die (auch praktisch wichtige) Lokalisation der Katarrhe ein. Hier kommt neben eventuellem Ikterus, neben der Art des Schmerzes, neben den Ergebnissen der Palpation, Auskultation und Perkussion, namentlich die Beschaffenheit der Ausleerungen in Betracht. Reiner Schleim oder schleimiger Ueberzug der Kothballen lässt auf Katarrh des unteren Dickdarmes schliessen. Vermischung von Stuhl und Schleim auf Katarrh des oberen Dick- und des Dünndarmes. Starke Gallenpigmentreaktion weist auf Katarrh des Dünn- und des oberen Dickdarmes hin. Reichliche Muskelreste und namentlich Stärkepartikel sind ein Zeichen für Dünndarmkatarrh. Sehr gelungen erscheint uns auch hier die Behandlung. Dass man bei einem akuten Katarrh im Allgemeinen zuerst ein Abführmittel geben soll, bedarf wohl kaum noch der besonderen Betonung. Mit der Empfehlung der kleinen Calomeldosen sind wir aber nicht einverstanden, sie machen doch recht leicht einmal eine höchst widerwärtige Stomatitis. Das mit Recht schnell beliebt gewordene Tannigen wird nur kurz bei dem chronischen Katarrh erwähnt.

11) *Phlegmonöse Darmentzündung.* Kurze Erwähnung dieses sehr seltenen und ätiologisch noch nicht ganz aufgeklärten Leidens.

12) *Diphtherische und croupöse Darmentzündung.* Ein etwas buntes Capitel. Echte Diphtherie ist im Darme sehr selten, es giebt aber augenscheinlich verschiedene Bakterien, die gerade im Darme mit Vorliebe diphtherieartige Entzündungen hervorrufen. Ob sie dazu besonders günstiger Umstände bedürfen, ist zweifelhaft und nur für gewisse Fälle, z. B. die Dysenteria mercurialis und die Dysenteria uraemica, sicher anzunehmen. N. rechnet hierher auch die „sporadische Ruhr" und die „Diphtherie" oberhalb von Darmstenosen. Pathologische Anatomie und Klinik thut er kurz ab.

13) *Darmatrophie.* N. hat schon früher darauf aufmerksam gemacht, dass die Atrophie der Darmwand nicht nur anatomisch, sondern auch klinisch Interesse hat und dass Schleimhaut und Muskulatur getrennt von einander aus besonderen Gründen und unter besonderen Erscheinungen verkümmern können. Die Atrophie der Mucosa ist nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen eine Folge des Katarrhs; befällt sie den ganzen Dünndarm, so äussert sie sich unter den schweren Erscheinungen der Tabes mesaraica, betrifft sie nur den Dickdarm, so sind die Folgen wesentlich geringer. Auffallend ist in diesen Fällen die weichbreiige Beschaffenheit des Stuhles in Folge der geringeren Wasseraufsaugung und das Fehlen jeder Schleimbeimengung zu den Ausleerungen. Die Ursachen der Muskelatrophie sind noch nicht sicher. Bei allgemeiner schwerer Kachexie hat N. sie im Gegensatze zu Anderen nicht gefunden, ebenso bei chronischem Katarrh nicht oder doch nur in ganz geringem Maasse. Zum Schlusse erwähnt N. die Angaben von Scheimpflug über die gastrointestinale Form der perniciösen Anämie als „nervöse Darmatrophie".

14) *Schleimkolik und membranöser Darmkatarrh.* Hier beschreibt N. jene wunderbaren Fälle, in denen meist mit heftigen Schmerzen und anfallweise gewaltige, höchst eigenthümlich geformte Schleimmassen abgehen. Anfangs sind diese Fälle vielfach als absonderliche Katarrhe aufgefasst worden, das ist jedoch falsch. Es giebt eine Enteritis membranacea mit starker Schleimabsonderung, die Colica mucosa hat aber mit ihr nichts zu thun. Kennzeichnend für sie ist das Fehlen aller katarrhalischen Erscheinungen im Darme und die „nervöshysterische" Grundlage. Sie muss als Sekretion-

neurose angesehen und demnach auch durch Einwirkungen auf die Seele und das Nervensystem behandelt werden.

15) *Geschwürsbildungen.* Darmgeschwüre kommen vor: 1) In Folge nekrobiotischer Vorgänge (das einfache Duodenalgeschwür; die Geschwüre bei Hautverbrennungen; embolische und thrombotische Geschwüre, z. B. bei Neuritis diffusa; die Amyloidgeschwüre). 2) In Folge entzündlicher Vorgänge (katarrhalische und Follikular-Geschwüre; Stercoral- oder Decubitalgeschwüre). 3) Bei akuten Infektionkrankheiten (bei Typhus, Ruhr, Diphtherie, Milzbrand, Sepsis, Erysipelas, Variolois). 4) Bei chronischen Infektionkrankheiten (bei Tuberkulose und Syphilis). 5) Bei Constitutionkrankheiten (bei Gicht, Scorbut, Leukämie). 6) In Folge von Vergiftung (toxische, urämische, merkuriale Geschwüre). Auf Grund dieser im Einzelnen wohl etwas anfechtbaren Eintheilung spricht N. die verschiedenen Formen vortrefflich durch. Eine Erklärung für die vorzugsweise im Duodenum sitzenden Geschwüre nach Hautverbrennung vermag er nicht zu geben, die bisher aufgestellten Erklärungen genügen nicht. Ueber die infektiösen Darmgeschwüre geht N. ziemlich kurz weg. An dem Vorkommen einer primären Darmtuberkulose hat er keinerlei Zweifel, die sekundäre entsteht in der grossen Mehrzahl der Fälle durch verschluckte Sputa. Die sehr wichtige Mastdarmtuberkulose wird gar nicht erwähnt. —

Den ganzen umfangreichen *II. Theil* nehmen *die Verengerungen und Verschliessungen des Darmes* ein und diese überaus wichtigen Zustände haben eine Bearbeitung gefunden, wie sie gründlicher und klarer wohl nicht gut möglich ist. N. folgt in seiner Darstellung dem Gedankengange des Arztes am Krankenbette. Zunächst muss festgestellt werden, ob überhaupt eine Verengerung, bez. Verschliessung vorliegt. Dann muss der Sitz bestimmt werden, dann muss man suchen über die anatomische Natur und die Ursache in's Klare zu kommen, dann erst zuletzt kann man an die richtige Behandlung denken.

Dem entsprechend beginnt N. nach kurzen anatomischen Vorbemerkungen mit der 16) *allgemeinen Symptomatologie der Verengerungen und Verschliessungen,* aus der wir nur Einiges kurz herausheben können. Neben dem bekannten „Stauungs-Meteorismus“, d. h. der Auftreibung der Därme oberhalb des Hindernisses, giebt es einen lokalen Meteorismus, der an umschriebener Stelle da auftritt, wo neben der Verlegung des Darmlumens eine starke Cirkulationstörung (venöse Stauung) in der Darmwand und dem Mesenterium zu Stande gekommen ist. Den Namen Ileus möchte N. gern verworfen wissen. Er umfasst zu verschiedene Dinge. Ehe man von „mechanischem“ und „dynamischem“ oder „paralytischem“ Ileus spricht, ist es besser, einfach von den Erscheinungen (dem Kothbrechen u. s. w.) bei Darmverschluss und bei Darmlähmung zu sprechen. Dass N. für das Zustandekommen des Ileus nur den Brechakt und nicht die Antiperistaltik in Anspruch nimmt, ist aus früheren Mittheilungen bekannt. Grossen Werth legt N. auf die durch die Bauchdecken sichtbaren peristaltischen Bewegungen. Sie sind ganz besonders stark und mit zeitweiliger mächtiger „Darmsteifung“ verbunden bei der aus chronischer Verengerung hervorgegangenen Verschliessung (so lange der Darm noch kräftig und der Meteorismus noch nicht zu stark ist) und sie fehlen vollständig oder sind nur andeutungsweise vorhanden, wenn die Verschliessung plötzlich einen bis dahin ganz gesunden Darm betrifft.

Jetzt erst, nachdem wir die Erscheinungen der Verengerung und Verschliessung im Allgemeinen kennen gelernt haben, führt N. der Reihe nach die einzelnen in Frage kommenden Zustände auf: 17) *Bösartige Neubildungen des Darmkanals;* vor Allem Krebse, die je nach Art und Sitz sehr ausführlich besprochen werden; Sarkome, Lymphosarkome. 18) *Gutartige Neubildungen;* Adenome (Polypen), Fibrome, Lipome, Papillome, Myome, Fibromyome. 19) *Innere Darmstrikturen.* Hier kommen neben den seltenen angeborenen Anomalien vor Allem Geschwürnarben in Betracht. Die Verengerungen nach stumpfen Darmverletzungen, Quetschungen des Bauches und die auf chronisch-entzündliche Verdickungen der Darmwand zurückgeführten sind recht zweifelhafter Natur. 20) *Aeussere peritonitische Darmconstriktion und Adhäsion.* Peritonitische Gebilde können den Darm ringförmig umschliessen und einschnüren oder die Entzündung führt zu Verwachsungen, die zu mannigfaltigen Behinderungen, Verziehungen, Knickungen u. s. w. Anlass geben. Hierher gehören auch die Verengerungen bei Traktiondivertikeln. 21) *Compression des Darmes.* 22) *Innere Verlegung des Darmes.* Ursache sind: Gallensteine, Darmsteine, Fremdkörper, Fäkalmassen. 23) *Darmeinschiebung.* „Den ersten Anstoss liefert eine energische, ringförmige, tetanische Contraktion einer Darmstelle. Sie giebt den fixen Punkt ab, von dem aus die Einstülpung sich bildet. Letztere geht nun aber nicht in der Weise vor sich, dass die contrahirte Stelle durch die Peristaltik der oberwärts gelegenen Strecke in die unterwärts gelegene hineingetrieben wird, vielmehr beginnt die Bildung in der Weise, dass durch die Thätigkeit der (wahrscheinlich Längs-) Muskulatur die zunächst unterhalb der spastischen Constriktionsstelle gelegene Strecke über die contrahirte Partie nach anfwärts gezogen wird.“ 24) *Innere bruchähnliche Einklemmungen des Darmes.* Einklemmungen durch peritonitische Reste, durch das *Meckel*'sche Divertikel oder den freien Wurmfortsatz, durch Spalten und Löcher. Innere Hernien. 25) *Achsendrehung und Verknotung.*

Das sind die in Betracht kommenden Zustände. Ueberall geht N. auf Entstehung und Wirkung genau ein, giebt eine allgemeine Krankheitskizze, bespricht die einzelnen Erscheinungen, giebt hier

und da auch eine besonders treffende Krankengeschichte und hebt an geeigneter Stelle bereits die wichtigsten diagnostischen Punkte hervor. Als Anhang folgt 26) *Lähmung und motorische Insufficienz des Darmes*, die wegen der mannigfachen Beziehungen, die sie zum Verschlusse des Darmes hat und wegen der recht ähnlichen, bez. gleichen Erscheinungen sehr wohl hierher gehört. Der Darm antwortet gelegentlich auf die verschiedensten Einwirkungen mit Lähmung, auf Bauchquetschungen, auf Ascitespunktion, auf Laparotomien und Darmoperationen; eine Darmlähmung kann eintreten bei der akuten allgemeinen Peritonitis, bei Darmverschluss und bei habitueller Obstipation, bei Ueberdehnung der Darmwand (in Folge von übermässigem Meteorismus), als Folge bakterieller Vergiftung, endlich bei der Hysterie oder, sehr selten, bei anatomischen Nervenkrankheiten.

27) *Diagnostisches über die Verengerung und Verschliessung des Darmes*. Hier führt N. noch einmal kurz alles Das an, was überhaupt für das Vorhandensein einer Verengerung, bez. Verschliessung spricht (am schwierigsten ist meist die Unterscheidung von der akuten Peritonitis) und geht dann auf die Diagnose des Sitzes und der Art des Hindernisses ein. Für das Erkennen des Sitzes scheinen N. ganz besonders wichtig: „Auftreibungen und Gestaltveränderungen, welche durch die Flüssigkeits- und hauptsächlich Gasansammlungen in den Darmschlingen herbeigeführt werden". N. ergänzt hier seine Schilderungen durch eine grössere Reihe nach der Natur gezeichneter Bilder, die die Form des Leibes und der einzelnen durch die Bauchdecken sichtbaren Darmschlingen bei Darmstenosen an verschiedenen Stellen wiedergeben. Wir wollen an der Naturtreue dieser schönen Bilder gewiss nicht zweifeln, bei den meisten Kranken ist es dem Leibe aber leider nicht so schön anzusehen, was in ihm vorgeht. Im Uebrigen sind die Ausführungen N.'s ausserordentlich klar und sicher.

Das letzte Capitel endlich enthält die *Behandlung der Verengerung und Verschliessung*. Hier gehen die Meinungen trotz der immer und immer wiederholten eingehendsten Erörterungen noch weit aus einander und mancher Chirurg wird mit dem, was N. über das Abwarten der Naturheilung und über die Leistungen des inneren Arztes ausführt, durchaus nicht einverstanden sein. Die meisten „Internisten" werden ihm zustimmen und er kommt den Chirurgen insofern entgegen, als er dringend verlangt, dass alle unblutigen Maassnahmen „zielbewusst und schnell hinter einander" ausgeführt werden müssen, damit sie nicht zu viel kostbare Zeit in Anspruch nehmen. „Erkennt der Arzt innerhalb der ersten 48 Stunden seit Beginn der Verschliessung deren Sitz und anatomische Beschaffenheit, so ist bei den meisten anatomischen Formen, nachdem ein kurzer, zielbewusster und energischer Versuch mit unblutigen Maassnahmen erfolglos blieb, die sofortige Laparotomie mit Aufsuchen und Beseitigen des Hindernisses indicirt." Abführmittel sind bei akutem Verschluss durch Einklemmung, Achsendrehung, Einschiebung, Knickung und *bei jeder zweifelhaften Diagnose* unbedingt verboten; der Mercurius vivus ist ein äusserst zweifelhaftes Mittel; unsere beste Waffe gegen das Leiden ist und bleibt das Opium. Sehr günstig wirken in vielen Fällen Magenausspülungen, die früh und oft genug, u. U. alle 2—3 Stunden, vorgenommen werden müssen. Von den beliebten grossen Einläufen und Gaseinblasungen hat N. nicht viel Gutes gesehen. Massage ist nur bei Kothtumoren erlaubt, bei Steinen und Fremdkörpern vielleicht zu versuchen, sonst verboten. Elektricität?? Umschläge wirken nur symptomatisch. Recht zweifelhaft ist auch die Punktion des Darmes. — In besonderen Abschnitten erörtert N. dann noch die operative Behandlung, die Behandlung der Darmverengerung und giebt als Letztes einen Ueberblick über die Behandlung bei den einzelnen oben erwähnten Formen, einschliesslich der Darmlähmung. Dippe.

264. Ueber die traumatische Entstehung des Carcinoma mit besonderer Berücksichtigung des Intestinaltractus; von Dr. M. Gockel. (Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 460. 1896.)

Eine kritische Durchsicht der Literatur und die Beobachtung 8 eigener Kranker aus der Poliklinik von Boas (7 mit Magen-, 1 mit Oesophaguskrebs) führen G. zu der Ueberzeugung, dass Traumen sehr wohl eine Rolle bei der Entstehung der Krebse spielen können. G. rechnet dabei zu den Traumen jede Gewalteinwirkung und jeden örtlichen Reiz von aussen oder von innen her und meint, ein Krebs entstünde nur dann, wenn das Trauma ein bereits zur Krebsentartung geneigtes Gewebe trifft, oder wenn das erste Trauma eine solche Neigung schafft, die dann weitere Reize mehr und mehr verstärken. Will man die Krebsentwickelung auf eine einmalige Gewalteinwirkung zurückführen, so dürfen beide Dinge zeitlich nicht zu nahe aneinanderliegen. Bei zweifelhaften inneren Leiden kann ein lange genug vorausgegangenes Trauma zur Diagnose Krebs mit herangezogen werden. Die Beziehungen der Auffassung G.'s zum Unfallversicherungsgesetz ergeben sich von selbst. Dippe.

265. Ueber nervöse Leberkolik; von Dr. Curt Pariser. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. p. 529.)

P. meint, dass die nervöse Leberkolik, die bereits wiederholt, neuerdings namentlich von Fürbringer, beschrieben, aber auch immer wieder angezweifelt ist, gar nicht selten sei. Sie wird nur oft nicht erkannt, vor Allem mit Gallensteinkoliken verwechselt. Diese Verwechselung, die bei der ausserordentlichen Aehnlichkeit beider Lei-

den sehr nahe liegt, kann verhängnissvoll werden, gegenüber der grossen Neigung mancher Chirurgen, alle Gallensteine operativ anzugreifen. Bei einer Kranken P.'s wurde in der That der Bauch aufgeschnitten und nichts von Steinen gefunden. Art, Sitz, Dauer des Schmerzes können bei beiden Koliken vollkommen gleich sein, beide befallen mit Vorliebe Frauen; bei der nervösen Kolik kann, wenn auch selten, Ikterus und wohl sicher auch eine Lebervergrösserung auftreten, genau wie bei der Steinkolik, und man wird nur durch die sorgsamste Beachtung aller in Betracht kommenden Erscheinungen zu einer richtigen Diagnose gelangen können. Sehr wichtig ist bei der nervösen Kolik die regelmässige Wiederkehr in kürzeren oder längeren Pausen. Bei Frauen schliesst sie sich mit besonderer Vorliebe an die Menstruation an und P. ist der Meinung, dass die mehrfach beschriebene „menstruelle Gelbsucht": spärliche Menstruation, schmerzhafte Anschwellung der Leber, Ikterus, zur nervösen Leberkolik gehört. Diagnostisch wichtig ist ferner das Abwechseln der Leberkolik mit anderen neuralgischen Erscheinungen: Trigeminus-, Intercostal-Neuralgien, Migräne u. s. w., sowie ihr Auftreten neben „nervösen" Störungen und im Anschlusse an seelische Erregungen. Dass die nervöse Leberkolik auch vom Magen her ausgelöst werden kann, scheinen jene Fälle zu beweisen, in denen sie unmittelbar nach dem Genuss gewisser Gewürze, scharfer Speisen, oder wie bei 2 Kranken P.'s, alkoholhaltiger Getränke auftrat.

Nachträglich durch die Behandlung lässt sich die Diagnose kaum feststellen, wenn es auch sicher ist, dass Carlsbad bei der nervösen Kolik nichts nützt, meistens schadet. Nützen thut hier vor Allem eine richtige Allgemeinbehandlung, von Medikamenten Extr. Cannabis ind. zu 1—2 cg, 3mal täglich. Dippe.

266. **Stoffwechseluntersuchungen bei akuter gelber Leberatrophie**; von Dr. Paul Friedr. Richter in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 21. 1896.)

Die Untersuchungen wurden an 2 Kranken mit akuter gelber Leberatrophie bei frischer Lues, deren Krankengeschichten kurz mitgetheilt werden, vorgenommen und wurden begonnen, sobald die Diagnose feststand: im 1. Falle 14 Tage, im 2. Falle 9 Tage vor Eintritt des Todes. Sie ergaben übereinstimmend: geringe oder gar keine Verringerung des Harnstoffes im Verhältniss zum Gesammtstickstoff, obwohl die Autopsie später stärkste Zerstörung der Leber aufwies; mässige Steigerung der Ammoniakausfuhr und unregelmässige, nicht an allen Tagen gleichbleibende Erhöhung für den Alloxurkörperwerth, insbesondere der Harnsäure. Wichtig ist, dass in beiden Fällen das Koma einsetzte, ohne dass die Werthe für den Harnstoff abnahmen: das Koma kann also nicht die Folge behinderter Harnstoffsynthese sein; die Ursache der Intoxikation bleibt unbekannt. In dem komatösen Zustand leidet die Harnstoffbildung bei dem Daniederliegen *aller* vitalen Funktionen und chemischen Umsetzungen im Organismus nur sekundär (Fall 1). In der unbeträchtlichen Vermehrung der Ammoniakausscheidung erblickt R., da er gleichzeitig eine sehr erhebliche Verminderung der Blutalkalescenz feststellen konnte, lediglich ein Zeichen pathologischer Säurebildung.

Die Annahme der ausschliesslichen oder überwiegenden Bildung des Harnstoffes in der Leber steht mit diesen Resultaten im Widerspruch. „Wohl in grösserem Umfange, als man bisher anzunehmen geneigt ist, muss auch in anderen Organen, als nur in der Leber, die Harnstoffbildung erfolgen." Patzki (Leipzig).

267. **„Säureintoxikation" und Blutalkalescenz als therapeutische Indikationen**; von Dr. E. Biernacki in Warschau. (Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 28. 1896.)

B. erhebt zunächst Bedenken gegen die Zuverlässigkeit der gebräuchlichen Methoden der Blutalkalescenzbestimmung, von deren Ergebnissen die Auffassung vieler krankhafter Zustände als Säurevergiftungen herrührt. Wie A. Loewy mit der titrimetrischen Methode, so fand B. mittels der CO_2-Bestimmung bei veränderten Versuchsbedingungen, im Gegensatze zu früheren Angaben, die Blutalkalescenz in pathologischen Zuständen nur ausnahmeweise herabgesetzt, sehr häufig nicht unbedeutend gesteigert. Auch dürfen Alkalescenz des Blutes und Alkaligehalt nicht verwechselt werden, da die gesammte Blutalkalescenz ausser von den anorganischen Carbonaten, noch von organischen Basen (fibrinogenen Alkalialbuminaten) abhängig ist. Die Bezeichnung „Säurevergiftung" möchte B. ganz vermieden wissen. Seine Ueberlegungen gehen dahin, dass die Vergiftungsymptome nicht durch die Säure hervorgerufen werden, sondern der Ausdruck einer Störung im Ablauf der organischen Oxydation sind, einer Störung, die selbst zur Bildung von organischen Säuren Veranlassung wird; wahrscheinlich bedingt durch Schwankungen in den quantitativen Verhältnissen der einzelnen Blutalkalescenz-Componenten zu einander. Gerade den Natriumgehalt fand B. im pathologischen Blute schwankend und eine *relative* Verarmung an Natrium nicht selten.

Noch sind die Kenntnisse über das Verhalten der Alkalien im Körper zu gering, um zu festen therapeutischen Indikationen hinleiten zu können. Bei vielen chronischen Erkrankungen wird die häufig beobachtete erfolgreiche Wirkung der Alkalien vermuthlich in der Ausgleichung der gestört gewesenen organischen Oxydation bestehen. Auch abnorme Säuregährungen bei Atonie des Magens können Störungen des Alkalivorraths herbeiführen, ebenso sah B. bei einem Magenkranken mit An-

acidität eine Neigung zu gesteigerter, bei Hypersekretion zu verminderter Alkaliausscheidung im Harne: Schwankungen, durch die sich nachtheilige Folgen für die Oxydation im Organismus, Schädigungen des Allgemeinzustandes der Kranken erklären lassen. Pataki (Leipzig).

268. **Ueber einen Fall von Alkaptonurie**; von Dr. Paul Stange. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 86. 1896.)

Der hier mitgetheilte Fall, in dem ebenfalls Homogentisinsäure nachgewiesen wurde, unterscheidet sich von früher beschriebenen dadurch, dass hier mit der Harnveränderung Schmerzen beim Urinlassen und geringe entzündliche Veränderungen im Zusammenhange standen. Jedesmal, wenn der Harn relativ mehr Homogentisinsäure enthielt, traten die Beschwerden mit vermehrter Heftigkeit auf. V. Lehmann (Berlin).

269. **Ueber paroxysmale Hämoglobinurie**; von Dr. G. Klemperer. (Charité-Annalen XX. p. 131. 1895.)

K. berichtet über 2 interessante Fälle.

Der 1. Kr., ein 28jähr., seit Jahren gesunder Mensch, erkrankte plötzlich ohne Veranlassung unter Schüttelfrost an Ikterus und *Hämoglobinurie*. Letztere dauerte 3 Tage, dann war der Harn vollkommen normal (also keine Nierenreizung), der Ikterus und eine deutliche Milzschwellung hielten 7 Tage länger an. Das Ganze machte den Eindruck einer Infektionskrankheit. Im Blute wurden keine Mikroorganismen gefunden. Der Kr. hatte am Abend vor der Erkrankung Blutwurst gegessen, so dass man vielleicht eine Vergiftung annehmen kann.

Bei dem 2. Kr. schloss sich der 1. Anfall der *Hämoglobinurie* an einen schweren Typhus an. Der Kr. klagte im Anfalle über Hitze und Kälte, ohne eine erhöhte Temperatur zu haben, und zeigte einen Quaddelausschlag. Das von Chvestek empfohlene Amylnitrit war erfolglos, dagegen schien eine vorsichtige Abhärtungskur mit kühlen Bädern und Uebergiessungen dem Kr. gut zu thun und ihn gegen die „cythämolytische" Wirkung der Kälte unempfindlicher zu machen. Dippe.

270. **Ein Fall von temporärer Niereninsufficienz** (*Insufficientia renum transitoria*); von Dr. W. Janowski. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 1 u. 2. p. 166. 1896.)

Der 32jähr. Kr. wurde von J. etwa 3 Wochen lang beobachtet. Das Krankheitbild (Oedeme, harter Puls, verstärkter 2. Aortenton, Kopfschmerz, Uebelkeit, verringerte Harnmenge) wies auf eine Nierenaffektion hin; auch der weitere Verlauf der Krankheit war der einer Nephritis: Milchdiät, Bäder, Bettruhe führten wieder zu normaler Diurese, zum Rückgang der Oedeme und aller übrigen Erscheinungen. Jedoch waren bei den systematisch Tag für Tag vorgenommenen Untersuchungen des Harns niemals Albumen oder Cylinder zu finden. J. nimmt deshalb an, dass in den Nieren nicht ein entzündlicher Process, sondern rein funktionelle Störungen vorgelegen haben — eine temporäre Niereninsufficienz ohne anatomische Organveränderungen. Patzki (Leipzig).

271. **Beitrag zur Casuistik der im Verlaufe der Bright'schen Nierenerkrankung auftretenden complikatorischen Ohr- und Nasenblutungen**; von Dr. Haug. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. 1896.)

Nach kurzer Umschau in der einschlägigen Literatur theilt H. folgende Beobachtung mit.

Bei einem 39 Jahre alten Kr., mässigem Potator, der schon längere Zeit Symptome einer Myokarditis dargeboten hatte, zeigten sich plötzlich heftige Nasenblutungen, die nur durch Tamponade zu stillen waren. Sie wiederholten sich ohne besonderen Grund in verstärktem Maasse nach $^{3}/_{4}$ Jahren, nachdem der Kr. in der Zwischenzeit vorsichtig gelebt hatte. Fast gleichzeitig wurden Eiweiss und Cylinder im Urin und Erkrankungen beider Augen und Ohren gefunden. Ophthalmoskopisch fand sich, besonders rechts, deutliche Retinitis albuminurica mit zahlreichen frischen Hämorrhagien; und an den Ohren, ebenfalls rechts schwerer, eine akute hämorrhagische Mittelohrentzündung, deren Symptome schon *vor* Beginn der Nasenblutungen bemerkt worden waren (Schmerzen, subjektive Geräusche, starke Herabsetzung des Hörvermögens).

Der Verlauf des Ohrenleidens war ein günstiger; die Blutungen wurden resorbirt; die Entzündung gelangte, ohne dass es zum Durchbruch des Trommelfells oder zur Umwandlung des hämorrhagischen Sekrets in eitriges gekommen wäre, zur vollkommenen Rückbildung.

Wie die Nasenblutungen, so war auch die Paukenhöhlenhämorrhagie allein auf die subakut einsetzende Nierenaffektion zu beziehen; jede andere Ursache fehlte. Patzki (Leipzig).

272. **Ueber primäre Gangrän des Rachens**; von Dr. M. Blumenau in Grodno (Russland). (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 26. 1896.)

B. schickt eine Schilderung der Krankheit, auf Grund der vorhandenen Beobachtungen, voraus und berichtet darauf über folgenden Fall.

Der 22jähr., kräftig gebaute Kr. hatte nach eben überstandenem Icterus catarrhalis einen akuten Rachen- und Kehlkopfkatarrh bekommen. 14 Tage darauf begann die Gangrän mit einem rundlichen Fleck von schmutzig schwarzer Farbe auf der rechten Tonsille; der Process zerstörte allmählich die ganze Mandel, die rechte Hälfte des weichen Gaumens und fast die ganze Zungenwurzel; ausschliesslich auf die rechte Hälfte des Rachens beschränkt, griff er auch nach unten auf den Kehldeckel nicht über. Penetranter Foetor ex ore. Wiederholt traten leichte Blutungen aus der ulcerirten Arteria tonsillaris auf. Etwa 3 Wochen nach Beginn der schweren Erscheinungen trat in Folge von Sepsis der Tod ein. Bei der *Sektion* fanden sich noch zahlreiche Blutungen in der weichen Hirnhaut, im Peri- und Endokard, in Pleura und Lungen.

Einen Zusammenhang der Gangrän mit dem vorausgegangenen Ikterus nimmt B. nicht an; eher mag der Rachenkatarrh für ihre Entwickelung von Bedeutung gewesen sein. Bakteriologische Untersuchungen wurden nicht ausgeführt. Therapeutisch waren lokal Aetzungen (Lapis und desinficirende Mittel) und innerlich salicylsaures Natron, Chinin, Jodkalium versucht worden. Patzki (Leipzig).

273. **Echte und falsche Choanenverschlüsse**; von Dr. Egmont Baumgarten in Budapest. (Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 1. 1896.)

In der Literatur sind bisher 41 Fälle von Choanenverschluss mitgetheilt, von denen 2 Drittel einen knöchernen, die anderen einen membranösen Verschluss darboten. Der knöcherne Verschluss ist meist total und liegt immer in der Ebene der Choanen, ist also ein *echter* Choanenverschluss, während es sich bei den membranösen Formen oft um einen *falschen* Choanenverschluss handelt, da die Membran nicht in der Ebene der Choane liegt, sondern diese nur theilweise verdeckt und meist ausserdem den Nasenrachenraum in 2 Abtheilungen theilt.

B. theilt einen Fall von angeborenem echten, knöchernen Verschluss der rechten Choane bei einem 9jähr. Mädchen mit, das eine von B. als Inaktivitätparese aufgefasste rechtseitige Gesichtparese darbot. Ausserdem berichtet er noch über einen totalen und über einen partiellen membranösen falschen Choanenverschluss, beide bei Frauen, beide unbekannten Ursprungs.

Rudolf Heymann (Leipzig).

274. **Quelques remarques sur la tuberculose pharyngée**; par le Dr. A. Rosenberg. (Revue de Laryngol. etc. XVI. 22. 1895.)

In der Universität-Poliklinik für Hals- und Nasenkranke in Berlin sind unter den ersten 22000 Kranken 22 Fälle von Rachentuberkulose beobachtet worden, von denen 16 Männer, 6 Frauen betrafen. Die Rachentuberkulose ist bei weitem häufiger bei der ärmeren Bevölkerung anzutreffen. Hereditäre Belastung fehlte meist. Fast immer war vorher Tuberkulose der Lungen oder auch des Kehlkopfes vorhanden gewesen, nur in 3 F. trat sie primär im Rachen auf. Die Tuberkulose tritt im Rachen vorwiegend in Form einzelner, theilweise confluirender Tuberkel oder Geschwüre auf, seltener in der der diffusen Infiltration, niemals sind tuberkulöse Tumoren beobachtet worden. Die Tuberkulose im Rachen zeigt grössere Neigung zum Zerfall und einen rascheren Verlauf, als die des Kehlkopfes, was wohl mit den lebhafteren Bewegungen und den mechanischen, thermischen, chemischen Reizen, denen diese Theile ausgesetzt sind, zusammenhängt. Das hervorstechendste subjektive Symptom ist der Schmerz, dessen Heftigkeit von der Ausdehnung und dem Sitze der Veränderungen abhängt. Durch Veränderungen am Gaumensegel wird dessen Beweglichkeit beschränkt, die Sprache bekommt dann einen näselnden Klang. Durch Erkrankungen am Zungengrund und Kehlkopfeingang bekommt die Sprache oft einen näselnden und klosigen Charakter. Lymphdrüsenschwellung und Fieber fehlten in allen Fällen. Der Tod erfolgt in der Regel 2—6 Mon. nach Auftreten der ersten tuberkulösen Veränderungen im Rachen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

275. **Surgical treatment of laryngeal tuberculosis**; by J. W. Gleitsmann. (New York med. Journ. Oct. 19. 1895.)

In dem vor der American Laryngological Association gehaltenen Vortrag bespricht Gl. von den verschiedenen chirurgischen Methoden der Behandlung der Kehlkopftuberkulose vorwiegend das Curettement, während er die übrigen Methoden nur kurz erwähnt. Gl. widerlegt zuerst die verschiedenen Bedenken, die man gegen das Curettement geltend gemacht hat, und betont dann, dass das Verfahren sich immer mehr Freunde erwirbt, da bei richtiger Anwendung in günstigen Fällen die Kehlkopftuberkulose zur dauernden Ausheilung kommen, in anderen Fällen wenigstens durch Beseitigung der die ganze Krankheit so sehr erschwerenden Dysphagie den Kranken grosse Erleichterung gebracht werden kann. Als Indikationen für das Curettement bezeichnet er 1) primäre Kehlkopftuberkulose bei gesunder Lunge; 2) nicht weit fortgeschrittene Lungenerkrankung; 3) scharf begrenzte Geschwüre und Infiltrate; 4) harte, feste Schwellungen der Arygegend, des Taschenbandes, der Hinterwand, tuberkulöse Tumoren, Affektionen der Epiglottis; 5) fortgeschrittene Lungenkrankheit mit entkräftender, durch Infiltrate der Arygegend bedingter Dysphagie. Contraindicirt ist das Curettement 1) bei fortgeschrittener Lungenkrankheit mit hektischem Fieber; 2) bei über den ganzen Kehlkopf ausgedehnter Erkrankung; 3) bei starker Stenose, die die Tracheotomie erheischt.

Rudolf Heymann (Leipzig).

276. **Ueber primären und sekundären Larynx-Lupus, unter Mittheilung von 4 Fällen**; von Dr. Arthur Rubinstein. (Berliner Klinik Jan. 1896.)

Von den 4 Fällen von Larynxlupus, die R. aus der Baginsky'schen Poliklinik mittheilt, ist besonders der 1. Fall als ein primärer Larynxlupus bemerkenswerth. Es sind bisher nur 13 F. von primärem Lupus des Kehlkopfes mitgetheilt worden, von denen der Fall von Garel diese Bezeichnung wohl nur mit Unrecht bekommen hat.

Der Fall von R. betrifft ein 17jähr. Fräulein aus gesunder Familie, das seit 2 Jahren an Schluckschmerzen und Heiserkeit litt. Im Kehlkopf waren die Epiglottis an der vorderen und hinteren Fläche, die Plica pharyngo-epiglottica beiderseits und die Fovea supraglottica rechts von glasig durchscheinenden, multiplen granulationartigen Tumoren besetzt. Die Kr., bei der die linke Lungenspitze infiltrirt war und die wiederholt Lungenblutungen hatte, starb 1 Jahr nach der ersten Untersuchung mit ziemlich gleichem Kehlkopfbefund an Miliartuberkulose.

Bei den anderen Kranken war überall auch Lupus im Pharynx, bei einem Kranken auch in der Nase und am Gesicht vorhanden. Dieser Kranke starb an tuberkulöser Meningitis im Anschluss an eine Verschlimmerung des Gesichtslupus durch Sublimatumschläge.

Im Anschluss an die Krankengeschichten und unter Benutzung der einschlägigen Literatur wird der Kehlkopflupus eingehend besprochen. Besonders finden die Differentialdiagnose gegenüber Lepra, Carcinom, Lues und Tuberkulose und der Zusammenhang zwischen Tuberkulose und Lupus Berücksichtigung. In Bezug auf die Behandlung tritt R. für die lokale Zerstörung der lupösen Infiltrationen auf chemischem Wege, mit Argent. nitric. oder mit Milchsäure, ein. Von den Tuberkulininjektionen hat er zwar bessernde, aber niemals heilende Wirkung gesehen. Dasselbe gilt von der Anwendung des Cantharidin, die ausserdem wegen der damit verbundenen Schmerzen, sowie wegen der Strangurie und Albuminurie zu verwerfen ist. Blutige Operationen zur Bekämpfung des Lupus erscheinen bedenklich, wegen der Möglichkeit einer allgemeinen tuberkulösen Infektion durch Hineingelangen des tuberkulösen Giftes in die eröffneten Blut- und Lymphbahnen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

277. Beitrag zu den Coordinationsstörungen des Kehlkopfes; von Dr. Max Scheier in Berlin. (Wien. med. Presse XXXVI. 24 u. 25. 1895.)

Eine 43jähr., hereditär nicht belastete, sonst immer gesunde Frau, die wegen eines Beingeschwüres im Krankenhause am Urban war, bekam dort im August 1891 einen Erstickungsanfall, der, als die Tracheotomie vorbereitet wurde, plötzlich aufhörte. Ein Jahr zuvor hatte sie angeblich einen gleichen Anfall gehabt. 1 Stunde nach dem Anfalle deutliche Athemnoth, weithin hörbarer inspiratorischer Stridor, starke respiratorische Bewegungen des Kehlkopfes. Laryngoskopisch bei der Inspiration Schluss der Pars ligamentosa glottidis, Klaffen der Pars cartilaginea, bei der Exspiration Abduktionbewegungen der Stimmbänder von verschiedener Weite; sonst leichte Verdickung der Schleimhaut in der Regio interarytaenoidea, starke Schwellung der Taschenbänder. In der Ruhe war der Glottisspalt etwas verschmälert. Bei der Phonation normale Stellung der Stimmbänder, bei Phonation nach Inspiration erfolgte vor der Phonation erst eine kurze Bewegung der Stimmbänder nach aussen, ebenso vor der Inspiration, wenn diese sich unmittelbar an die Phonation anschloss. Im Schlaf wurde die Athmung normal und fast geräuschlos. Aber am nächsten Tage kehrte die Athemnoth zurück und wurde am Abend so stark, dass die Kr. intubirt werden musste. Die inspiratorische Athemnoth hielt, trotz der verschiedensten Behandlungsmethoden, 2 Monate an, dann verschwand sie plötzlich, aber schon nach 4 Wochen trat sie wieder ein und besteht seitdem durch Jahre im Sommer schwächer, im Winter stärker.

Sch. bespricht die Hypothesen, die die verschiedenen Autoren zur Erklärung der perversen Stimmbandbewegungen aufgestellt haben, und nimmt Hysterie als die Ursache seines Falles an.

Rudolf Heymann (Leipzig).

278. Ueber Lepra.

Zur pathologischen Anatomie der Lepra; von H. P. Lie in Bergen. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXIX. 3. p. 339. 1894.)

L. glaubt nachgewiesen zu haben, dass auch in den Nerven die Leprabacillen nicht, wie Kühne behauptet, in den Lymphbahnen, sondern thatsächlich in den durch die Bacillen ausgedehnten degenerirten Nervenfasern selbst, also innerhalb der Zellen, liegen. Diese Nervenfasern hat L. durch Zerzupfen isolirt.

Bezüglich der Histogenese der leprösen Neubildung kann L. die alte Annahme bestätigen, dass die Neubildungen wie beim tuberkulösen, so auch beim leprösen Processe sowohl durch Wucherung der fixen Bindegewebezellen, als auch durch Auswanderung von farblosen Blutkörperchen entstehen. Die Reaktion des Gewebes ist im Verhältnisse zur grossen Zahl der in ihm vorhandenen Leprabacillen gering. Nur zögernd erfolgt nach dem Auftreten der Bacillen eine Zunahme der Kerne und erst, wenn mehrere Zellen befallen waren, konnte L. Kerntheilungfiguren, also Zellenwucherung, feststellen. Die *Grösse* der Knoten rührt nicht nur von Zellenwucherung und Zelleneinwanderung her, sondern wesentlich auch von der *Vergrösserung* der Zellen durch die in ihnen liegenden Bacillen. Riesenzellen und käsige Degeneration fehlen bei Lepra stets.

Für die „Globi“ sieht L. das Körnigwerden der Bacillen, das er als Absterbeerscheinung auffasst, und die Vacuolen als charakteristisch an und findet eine Vermittelung im Streite über die Natur dieser darin, dass viele und ziemlich grosse Globi *in* den Zellen liegen, dass aber die Globi auch zu grösseren Haufen zusammenfliessen, die eben so wohl in den Lymphspalten, als auch innerhalb der Blutgefässe liegen können.

Zur pathologischen Anatomie der Lepra der Nervenstämme; von Dr. J. C. Kellogg in New Orleans. Aus Dr. Unna's Laboratorium. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXII. 4. p. 161. 1896.)

K. hat ebenfalls einen leprösen Nervus medianus zerzupft und untersucht, kommt aber zu entgegengesetzten Resultaten und Schlüssen wie Lie.

Er findet, dass die Bacillen *nicht* innerhalb der Nervenröhren liegen, sondern diesen nur aufgelagert sind und so eine bacilläre Druckatrophie der Nerven hervorbringen ohne compensirende Bindegewebewucherung.

Topographisches über den Bacillus leprae; von Dr. Paul Bergengrün. (Petersb. med. Wchnschr. XX. 47. 1895.)

B. findet mit Unna und Leloir, entgegen der Ansicht der meisten anderen Autoren, den Leprabacillus *ausserhalb* der Zellen liegend, und zwar in den Lymphbahnen. Die sogen. „Leprazellen“ sind keine Zellen, da ihnen ein Kern fehlt. Ihre Contouren werden durch Aneinanderlegung von Leprabacillen vorgetäuscht. Es sind Thromben in dilatirten Lymphgefässen, bestehend aus Zoogloea, Bacillen, Bacillenresten und geronnener Lymphe.

B. glaubt an den Hohlräumen, in denen die Conglomerate liegen, deutliches Endothel nachweisen zu können und findet seine Anschauung durch zahlreich aufgefundene Längsschnitte durch Bacillenhaufen und überhaupt durch deren Anordnungen bestätigt, die darauf hinweisen, dass es sich um präexistirende Hohlräume handeln muss.

Le bacille dans la lèpre systématisée nerveuse; par le Dr. Pétrini, Galatz. (Ann. de Dermatol. et de Syph. V. 14. 1894.)

P. hat in anästhetischer, aber sonst nicht weiter veränderter Haut in 2 Fällen von *Nervenlepra* den Bacillus nachweisen können, und zwar in allen tieferen Hautschichten, am reichlichsten aber im Unterhautfettgewebe. Da der Bacillus im Blute und in dem durch Vesikantien erzeugten Eiter nur sehr spärlich angetroffen wird, hält P. das Herausschneiden eines anästhetischen Hautstückchens, das einen viel geringeren Eingriff darstellt als die Excision eines Nervenfragmentes, für das beste Mittel, um die Diagnose bei Nervenlepra zu sichern.

P. weist darauf hin, wie dies besonders wichtig war in einem Falle, der auch als Syringomyelie angesprochen werden konnte, da die Störungen der Sensibilität, die aus Blasen hervorgegangenen Ulcerationen, die Muskelatrophie an den Armen auf beide Krankheiten bezogen werden konnten. Dass die Gesichtsmuskeln keine Atrophie auf-

wiesen, sprach für Syringomyelie, doch fehlten Wimperhaare und Augenbrauen. Exanthemflecke waren nicht vorhanden. Das Auffinden der Bacillen in dem excidirten Hautstücke sicherte die Diagnose.

Ricerche anatomiche sui polmoni di un leproso; pel Dott. G. Scagliosi, Palermo. (Rif. med. XII. 189. p. 459. 1896.)

S. hat, wie die grosse Mehrzahl der Autoren, in einem Leprafalle in der mit Knoten durchsetzten Lunge keine Leprabacillen gefunden, aber auch keine Tuberkelbacillen, sondern nur andere Bakterien, die er für die vorgefundenen Veränderungen verantwortlich macht.

Das lepröse und tuberkulöse Darmgeschwür bei Lepra; von Arthur v. Reisner in Riga. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXII. 5. p. 226. 1896.)

R. hat bei 3 Sektionen Lepröser Ulcerationen im Darme gefunden. Bei zweien war, wie in den 13 Fällen von Hansen und Looft gleichzeitig Tuberkulose der Lungen vorhanden. Die Darmgeschwüre unterschieden sich in diesen beiden Fällen auch durch die wulstartige Verdickung und bläuliche Verfärbung der Geschwürsränder von dem im 3. Falle gefundenen: Dieses war rundlich, flach, mit scharfem reaktionlosem Rande. Gleichzeitige Tuberkulose anderer Organe war nicht nachweisbar. Auch wurden hier mikroskopisch Leprabacillen gefunden, während in den beiden anderen Ulcera nur bei einer Färbungsdauer Bacillen gefunden wurden, bei der sich auch Tuberkelbacillen färben. R. glaubt also einen Fall von leprösem Darmulcus nachgewiesen zu haben.

Examen bactériologique de la lèpre; par Eugène Bodin. (Revue de Méd. XIV. 9. p. 808. 1894.)

B. hat in 3 Leprafällen das Verfahren von Kalindéro angewandt, das darin besteht, durch Vesikantien an Stellen mit Sensibilitätstörungen Eiter zu erzeugen und diesen auf Leprabacillen zu untersuchen. Da er nur in *einem* Falle von den dreien ein positives Resultat bekommen hat, hält er das Verfahren für ungenügend zur Diagnose.

Note sur la distribution du bacille de la lèpre dans l'organisme; par Babes et Kalindéro, Bucarest. (Soc. de Biol. Juillet 27. 1895.)

B. hat schon 1883 die Bacillen in den Haarfollikeln gefunden, was an die Möglichkeit einer Contaktinfektion denken lässt. B. u. K. haben dann in allen Se- und Exkreten und in allen Organen von Leprösen den Bacillus nachgewiesen, so auch im Centralnervensystem. Im Gehirne nur in einer bestimmten Zahl von Fällen, und zwar ohne dass Erscheinungen von Seiten des Gehirns vorhanden gewesen waren.

Der Fettgehalt der Lepra- und Tuberkelbacillen; von P. G. Unna. (Deutsche Med.-Ztg. XVII. 99. 1896.)

Da sowohl die Leprabacillen, als der sie umgebende Leprabacillenschleim sehr starke Osmiumbräunung annehmen, ist bewiesen, dass sie nicht unbeträchtliche Mengen Fett enthalten. Dies zeigte auch die Benutzung der Fettfarben Alkannin und Cyanin. Auch die Tuberkelbacillen enthalten Fett, wie U. durch Osmirung von Reinculturen nachweisen konnte. Dieser Fettgehalt erklärt ungezwungener als andere Theorien das specifische Verhalten beider Bacillenarten bei der Färbung. Sowohl Alkalescenz, als Anwendung von Mitteln, wie Anilin, Terpentinöl, Phenol u. s. w. erleichtern die Benetzbarkeit der Bacillen durch die Färbeflüssigkeit; ebenso auch, wie bekannt, die Erhitzung der Farblösung. Die Säurefestigkeit bei der Entfärbung ist aber dadurch bedingt, dass durch die angewandten Mineralsäuren die Fettsäuren des Bacillenfettes ausgefällt werden und so die Benetzbarkeit der Bacillen erschweren. Auch die Langsamkeit der Bacillenfärbung in den Schnitten lässt sich durch den Fettgehalt erklären.

In neuerer Zeit sind auch andere Autoren auf den Fettgehalt der Tuberkelbacillen aufmerksam geworden. De Schweinitz und Marion Dorset bestimmen ihn auf 37% des Trockengewichts und fanden als Hauptbestandtheil der nicht flüchtigen Fettsäuren Palmitinsäure. Cramer hat ausser beim Tuberkelbacillus auch noch bei den Bacillen der Pneumonie und des Rhinosklerome Fett nachgewiesen. Delbanko konnte, auf Veranlassung Unna's, feststellen, dass Typhus-, Diphtherie-, Kartoffel-, Rhinosklerom- und Rotzbacillen, sowie der Bacillus der Pseudotuberkulose und das Bacterium coli bei Osmirung ungeschwärzt bleiben. In allen Culturen scheint der Fettgehalt der Tuberkelbacillen abzunehmen. Entfettete Culturen besitzen die Säurefestigkeit nicht.

A case of anaesthetic leprosy; by Douglas Heath. (Lancet I. 25; June 1894.)

Der Fall betrifft einen aus gesunder englischer Familie stammenden Mann, der 20 Jahre in Bombay gelebt und dort auf unbekannte Weise die Lepra erworben hatte. Flecke und Knoten spielten hier eine ganz untergeordnete Rolle im Krankheitbilde, dagegen war die Sensibilität an Händen und Füssen fast vollkommen aufgehoben, daneben waren aber nur ganz geringe motorische Ausfallserscheinungen vorhanden.

Hyde (Amer. Journ. of med. Sc. CVIII. 3. p. 251. Sept. 1894) bespricht die Verbreitung der Lepra in den Vereinigten Staaten und fordert staatliche Maassregeln dagegen.

Auch White (Boston med. and surg. Journ. CXXXI. 17. p. 405. Oct. 1894) weist auf die nicht zu bezweifelnde Ansteckung- und Verbreitungfähigkeit der Lepra hin und fordert deshalb ärztliche Anzeigepflicht, sowie Einrichtungen gegen die weitere Einschleppung der Krankheit.

The diagnostic features and treatment of leprosy; by Prince A. Morrow, New York. (Amer. Journ. CVIII. 3. p. 26; Sept. 1894.)

M. hebt die Schwierigkeiten der Diagnose im Anfangstadium der Lepra hervor, wo sie Bilder liefert, die Anlass zu Verwechselung mit Syphilis, vulgären Hautkrankheiten und allen möglichen Formen von Neuritis geben können.

Eben so schwierig ist die Diagnose atypischer Fälle, wie sie M. beobachtet hat, z. B. wenn sich die Krankheit in einem Falle 12 Jahre lang auf Dystrophie und Anästhesie an einem Vorderarme und der Hand beschränkte oder in einem anderen in 10 Jahren nur 3—4 Erythemflecke mit anästhetischem Centrum zu Tage treten liess.

Bezüglich der Behandlung muss zugestanden werden, dass die empfohlenen Heilmittel sich nicht bewährt haben. Doch gelingt es oft (wohl hauptsächlich durch hygieinische Maassregeln), den wechselvollen Verlauf der Lepra auf- oder sogar einzuhalten.

Bericht über die Thätigkeit des Leprosorium zu Riga; von A. Reisner. (Petersb. med. Wchnschr. XIX. 47. 1894.)

Schon 2 Jahre nach der Eröffnung war eine Erweiterung der Räumlichkeiten nothwendig. Verpflegt wurden 104 Personen. Bei den 14 Gestorbenen bestand die Todesursache meist in lobulären Pneumonien. Mit Gurjunbalsam wurden einige auffallende Erfolge erzielt.

Die verschiedenen Knotenformen der Lepra; von P. G. Unna. (Deutsche Med.-Ztg. XVII. 93. 1896.)

U. kommt zunächst auf die Leprophobie zu sprechen, die gegenwärtig in Deutschland auszubrechen droht. Er weist darauf hin, wie von den 160 nachweislich in die vereinigten Staaten ausgewanderten Norwegern kein einziger Lepraherd ausgegangen ist. Die Lepra ist noch in viel geringerem Maasse ansteckend als die Tuberkulose. Wenn die Aerzte wachsamen Auges die Lepragefahr berücksichtigen, so ist dies durchaus angebracht, aber die Beunruhigung des nichtärztlichen Publicum durch die Tagespresse ist nicht zu billigen.

Die Leprome der Haut bevorzugen in einem Falle mehr das subcutane Gewebe, im anderen die Cutis selbst, so dass die Fälle häufig durch diese Verschiedenheiten charakterisirt werden.

Lepra und Syringomyelie; von Prof. E. v. Düring in Constantinopel. (Deutsche med. Wchnschr. XX. 6. 1894.)

Erkrankungen, die als Paradigmen für Syringomyelie und Morvan'sche Krankheit galten, haben sich nachträglich als Lepra erwiesen. Da nun die Verbreitung der Lepra in Europa nach Zambaco grösser ist, als man geahnt hat, muss bei der Differentialdiagnose die Lepra viel grössere Berücksichtigung finden.

Bei vielen nervösen Störungen der Lepra muss der Sitz der Läsionen in das Centralnervensystem verlegt werden.

Aïnhum et lèpre; par Zambaco-Pacha. (Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 29. p. 96. Juillet 28. 1896.)

Aïnhum, eine Krankheit, die ursprünglich nur in Aethiopien beobachtet wurde und hier den Negern eigenthümlich ist, und die darin besteht, dass sich um die 5. Zehe in der Haut ein einschnürender Ring bildet, der zum Absterben der Zehe führt, wird nun von Z. ebenfalls zur Lepra gerechnet. Er beweist dies sowohl auf Grund der in Europa beschriebenen Fälle dieser Krankheit, als er auch zeigt, dass die Lepra vollständig analoge Krankheitbilder schaffen und sich lange Zeit auf eine einzelne Lokalität beschränken kann. Er hält also auch das äthiopische Aïnhum für eine Form der Lepra.

Aïnhum et lèpre; par H. de Brun, Beyrouth. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXXVI. 33. p. 248. Août 25. 1896.)

B. bestreitet nach seinen Erfahrungen in Syrien ausführlich die Identität von Aïnhum und Lepra. Er giebt zwar zu, dass die Mutilationen bei Lepra manchmal in aïnhoider Form (mit Bildung einer Schnürfurche) stattfinden, betont aber die Seltenheit dieses Vorkommnisses, während sich das Aïnhum nur ausnahmeweise *nicht* auf die 5. Zehe eines Fusses beschränkt und nie andere Erscheinungen bietet, die ein Zusammenwerfen mit Lepra rechtfertigten.

Leprosy in Brazil; by Albert S. Ashmead, New York. (Med. News LIX. 18. p. 493. Oct. 1896.)

Nach dem Berichte von Robelin wurde ein Indianerstamm in Britisch-Guyana, der seinen Wohnsitz in der Nähe der Leproserien beibehielt, selbst von Lepra ergriffen, während sonst die dortigen Indianer frei von Lepra sind.

Quigila ist eine andere contagiöse Hautkrankheit, die in Brasilien beobachtet wird, hat aber mit Lepra nichts zu thun, die dort auch Morphea genannt wird. Auch Aïnhum kommt in Brasilien vor und A. betont seinen Unterschied von Lepra. Auch in Brasilien wurde die Lepra von Europa und Afrika eingeschleppt. Sie bevorzugt die schwarze Rasse.

Ueber die Lepra; von Prof. O. Lassar. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 50. 1895.)

L. macht unter Hinweis auf den Lepraherd an der Ostgrenze des deutschen Reiches und die Zunahme der Lepra in den russischen Ostseeprovinzen, mit denen wir in regem Verkehr stehen, auf die drohende Gefahr einer neuerlichen Leprainvasion aufmerksam und fordert auf, rechtzeitig Maassregeln dagegen zu ergreifen. Zur Erleichterung des Leprastudium hat er von H. Kasten Modelle der verschiedenen Lepraformen in Riga nach der Natur anfertigen lassen. L. stellte auch eine Frau vor, die seit 9 Jahren jene Gegenden verlassen hat und nun an florider Lepra leidet.

Ueber Lepra; von Dr. Wassermann. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 50. 1895.)

W. stellte der Gesellschaft der Charité-Aerzte ein lepröses Mädchen aus dem Kreise Memel vor und erzählte von einem weiteren Falle, den er seit 4 Jahren in Behandlung hat, in dem in letzter Zeit die Hautaffektion zum Stillstand gekommen ist und mehr das Befallensein der Sehnenscheiden, des Periostes und der Gelenke in den Vordergrund getreten ist. Die auch in diesem Falle auftretenden Fieberperioden gehen immer dem Ausbruche neuer Erscheinungen voraus und werden wohl durch Eindringen von Bacillen in den Blutstrom hervorgebracht.

Aetiologische Studien über Lepra, besonders in Island; von Dr. Edward Ehlers in Kopenhagen. (Dermatol. Ztschr. III. 3. p. 276. 1896.)

E. giebt zunächst einen Ueberblick über die Geschichte des Aussatzes in Europa und erzählt von den strengen Absonderungsmaassregeln und den grausamen Ceremonien, mit denen diese oft eingeleitet wurden. Man muss sich gewiss darüber wundern, wie die feste Ueberzeugung von der Ansteckungsfähigkeit der Lepra, die das Mittelalter beherrschte, später wieder wankend werden konnte. Weder in Norwegen, Dänemark, noch in Island

kann man den Aussatz mit Sicherheit länger als bis zum Schlusse des 12. Jahrhunderts zurückverfolgen. In Island kamen 1872 auf eine Bevölkerung von etwa 69763 Einwohnern 43 nachgewiesene Leprafälle, und zwar ist der südwestliche Winkel von Island, wo der grösste Fremdenverkehr stattfindet, auch wie bei allen anderen Epidemien der am stärksten befallene.

E. weist dann noch besonders auf die Lepraherde hin, die nachweislich im 19. Jahrhundert durch Einschleppung entstanden sind, so z. B. auf den Sandwichsinseln und in der Provinz Alicante (Spanien). In Europa ist die Lepra besonders in den russischen Ostseeprovinzen noch in Zunahme begriffen.

E.'s Beschreibung der scheusslichen Wohnungsverhältnisse in Island und der damit zusammenhängenden Unreinlichkeit, sowie seine Schilderung der Ernährung mit unzweckmässigen und verdorbenen Nahrungsmitteln machen es uns begreiflich, dass diese Dinge es sind, die, wie auch anderswo, der Lepra den Boden bereiten.

E. tritt energisch für die Ansteckungsfähigkeit des Aussatzes ein und kann durch seine Beobachtungen in Island die bereits in der Literatur vorhandenen Beweise vermehren. E. hat in Island 1894—95 158 Leprakranke zählen und davon 119 persönlich untersuchen können. Seine epidemiologischen Untersuchungen wurden in hohem Grade dadurch erleichtert, dass die isländischen Familien Stammtafeln führen, die auf viele Jahrhunderte zurückgehen. Bei 56 Kranken war auch sonst schon Aussatz in der Familie vorgekommen. Es waren:

Vater und Mutter aussätzig bei . .	3	Patienten
nur der Vater aussätzig bei . . .	15	„
nur die Mutter „ „	4	„
Geschwister bei	4	„
entfernte Verwandte aussätzig bei .	14	„
Die Ansteckung konnte nicht aufgeklärt werden bei	43	„
Ansteckung von anderer Seite wahrscheinlich bei	16	„

E. führt 3 Fälle von sogen. abortiver Lepra an, d. h. solche, in denen sich die Lepra auf wenige Erscheinungen beschränkt. Die Anästhesie kann im Anfangstadium so gering sein, dass sie sich in der gewöhnlichen Weise nicht nachweisen lässt, sondern sich nur als Juck- (Kratz-) Anästhesie äussert; es wird nur Kratzen und Schaben auf der befallenen Haut nicht gespürt.

Auch 2 Fälle von Lepra anaesthetica à forme de panaris analgésique hat E. beobachtet, während ein weiterer Fall auch als Syringomyelie diagnosticirt werden konnte, da sich in ihm die Leprasymptome auf Anästhesie und Muskelatrophie an den beiden Händen beschränkten.

Sklerodermie und Slerodaktylie hat E. auf Island nicht gesehen und glaubt nicht an ihren Zusammenhang mit Lepra.

Die Lepra im Kreise Memel; von Dr. A. Blaschko. (Dermatol. Ztschr. III. 4. p. 411. 1896.)

B. hat eine Reise in den Kreis Memel unternommen, um die dortige Lepraepidemie zu studiren. Bei einem Ueberblicke über die Geschichte des Aussatzes hebt er hervor, dass, wie die meisten Volksseuchen, so auch die Lepra ihren Ursitz in Asien hat, von wo sie sich im Mittelalter über Europa verbreitete, um zu Beginn des 16. Jahrhunderts wieder so selten zu werden, dass ihre Kenntniss sich allmählich verlor. An zwei Stellen blieb sie jedoch fast unvermindert bestehen: in Norwegen und auf dem griechischen Archipel. Herde finden wir jetzt noch an der ganzen Mittelmeerküste, sowie in Russland, dessen südliche Gouvernements von Kleinasien her und dessen nördliche von Livland her immer mehr durchseucht werden. In Memel wurde im Jahre 1884 bei einem Kranken mit schwerer Ophthalmie die Lepra entdeckt. Aber erst in den letzten Jahren wurde in Würdigung der damit verbundenen Gefahr die Angelegenheit weiter verfolgt.

Die im Kreise Memel wohnenden Litthauer sind trotz schlechter und unzureichender Nahrung, grossem Alkoholverbrauch, niedriger, ungesunder und schmutzigor Wohnungen, die nie gelüftet werden, ein kräftiger Menschenschlag, der aber in Folge der Gleichgültigkeit gegen Krankheiten und des engen Zusammenwohnens von mancherlei Infektionen und Ungeziefer heimgesucht wird.

25 Leprakranke sind im Kreise Memel bekannt geworden, von denen 15 bereits verstorben sind. Von allen 25 Leprakranken bringt B. die Krankengeschichten, auf die jedoch hier nicht eingegangen werden kann.

Beiträge zur Früh- und Differentialdiagnose der Lepra; von Dr. A. Blaschko u. Dr. Martin Brasch in Berlin. (Allg. med. Centr.-Ztg. Nr. 77 u. 78. 1896.)

B. stellte einen Maurer, der früher zu St. Paolo in Brasilien gelebt hatte, als Fall von Lepra in der Berliner med. Gesellschaft vor. Er stützte seine Diagnose auf das Vorhandensein eines polymorphen Exanthems, das zum grossen Theile ausgesprochen anästhetisch war, auf das Bestehen herdförmiger Anästhesien, auf die gleichzeitig bestehende Muskelatrophie, sowie die deutlich fühlbare und schmerzhafte Anschwellung des N. ulnaris. v. Bergmann bestritt damals ganz energisch diese Diagnose.

Ihm gegenüber betont nun B., dass die Lepra im Anfange häufig durchaus nicht das typische Bild bietet.

Nachdem B. zunächst weder in dem Sekret von Brandblasen, Haarseileiter, noch in excidirten Flecken u. s. w. einen einzigen Bacillus entdecken konnte, gelang ihm der unzweifelhafte Nachweis von Leprabacillen in einem excidirten Stücke des N. supraorbitalis. Auch stellte sich heraus, dass die Frau des Kr. an vorgeschrittener Lepra tuberosa litt.

In einem 2. Falle, der einen Zinkgiesser betraf, der in seiner Jugend ¾ Jahre im Kreise Memel in Arbeit gestanden hatte, ziehen beide Autoren die Diagnose Lepra in Betracht, da Vitiligo, Sensibilitätstörungen und progressiver Muskelschwund vorhanden waren, entscheiden sich aber nicht für diese Diagnose, da die Innervationstörungen einen deutlich halbseitigen spinalen Charakter tragen, was bei Lepra, die immer peripherisch entsteht, nicht vorkommt. Hammer (Stuttgart).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

279. **Ueber die Beziehungen der weiblichen Sexualorgane zu den oberen Luftwegen;** von Dr. W. Bottermund in Dresden. (Mon.-Schr. f. Gebnrtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 436. 1896.)

B. weist zunächst auf die durch die Menstruation bedingten Congestionen der oberen Luftwege hin. Bei der Beurtheilung hyperplastischer Zustände der weiblichen Nase, muss nach B. stets der etwa vorhandene Einfluss der Menstruation und etwaiger abnormer Zustände des Genitalapparates in Betracht gezogen werden; in zweifelhaften Fällen darf jedenfalls nicht früher operirt werden, als bis über diesen Punkt Klarheit gewonnen ist.

Weiterhin erwähnt B. die an Stelle oder im Zusammenhange mit der Menstruation eintretenden periodischen Blutungen aus den oberen Luftwegen. In ähnlicher Weise wie die Menstruation wirkt nach ihm die Schwangerschaft exacerbirend auf alle entzündlichen und ulcerativen Processe in den oberen Luftwegen und vermehrt die Beschwerden hyperplastischer Zustände daselbst; ausserdem disponirt sie zu oft schwer stillbaren Blutungen.

Weniger klar als die eben erwähnten Folgen der Hyperämie sind die als „Fernwirkungen“ beschriebenen Sensibilität- und Motilitätstörungen, die man sich durch physiologische oder pathologische Erregungen in den Genitalien reflektorisch ausgelöst vorstellt. Am häufigsten findet sich nach B. nervöser Husten (vgl. die Monographie von Profanter über Tussis uterina [Jahrbb. CCXLIV. p. 102]), ferner sind beobachtet Aphonie, Parese der Glottisschliesser, Glottiskrampf, Neuralgien im 2. Ast des N. trigeminus, Nasenbluten, Niesskrämpfe, Sensibilitätstörungen im Rachen u. s. w.

Zum Schluss berührt B. die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsphäre zur Stimme und erwähnt, dass bei Missbildung des weiblichen Kehlkopfes Absonderlichkeit im geschlechtlichen Verhalten beobachtet wurde. Massini (Arch. di Psichiatria XVI. p. 145) fand bei in Genua vorgenommenen Untersuchungen, dass nur 12% der Prostituirten weiblichen Kehlkopftypus, dagegen 88% eine männliche Beschaffenheit des Kehlkopfes und der Stimme aufwiesen, während von den normalen Frauen nur 10% mit dem geräumigen männlichen Kehlkopfe versehen waren.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

280. **Fibrom der Vulva;** von Dr. Oscar Piering in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 22. 1896.)

Eine 26jähr., unverheirathete Person litt schon von Kindheit an an einer wallnussgrossen Geschwulst des Labium, die vom 12. Lebensjahre an langsam, aber stetig gewachsen war. P. schälte den über faustgrossen, höckerigen Tumor stumpf aus dem Unterzellgewebe aus und vernähte die Wunde. Glatte Heilung.

Der Tumor erwies sich als ein zellenreiches Fibrom, eine Geschwulstform, die nach P. an der Vulva nur selten beobachtet worden ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

281. **Ulcus rotundum simplex vaginae;** von Dr. Oscar Beuttner in Genf. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 121. 1896.)

Die in der Ueberschrift bezeichnete Krankheit wurde zuerst (Jahrbb. CCXXIV. p. 18) von Zahn beschrieben; späterhin wurden weitere Fälle von Browicz, Braithwaite und Skowrónski (Jahrbb. CCXLVII. p. 254) bekannt.

B. theilt nun 2 hierhergehörige Leichenbefunde mit, die dem pathologisch-anatomischen Institute von Prof. Zahn entstammen. Es handelte sich um Frauen von 44, bez. 58 Jahren. Auch B. nimmt an, dass Gefässerkrankungen die Hauptrolle beim Zustandekommen des Ulcus rotundum vaginae spielen, dass jedoch in gewissen Fällen ein verändertes, corrodirendes Sekret einen sekundären und gewiss nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entstehung des Geschwüres hat. B. macht dabei auf die auffallende Thatsache aufmerksam, dass in 4 Fällen das Ulcus jedesmal an der hinteren Vaginalwand, *links* von der Medianlinie, mehr oder weniger dem äusseren Muttermunde, d. h. der hinteren Muttermundlippe genähert, seinen Sitz hatte.

Therapeutisch verspricht sich B. wenig von einer lokalen Behandlung; in den meisten Fällen ist seiner Ansicht nach in erster Linie eine allgemeine Kräftigung des Körpers anzustreben. Die von Browicz und Skowrónski angenommene Bezeichnung als „sogenanntes rundes phagedänisches Geschwür Clarke's“, hält B. für nicht zutreffend. Die Prognose hängt nach B. im Wesentlichen von den sonstigen, gleichzeitig bestehenden Organerkrankungen ab; in dem einen Falle B.'s war vollständige Heilung des Geschwürs eingetreten. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

282. **Zur Kenntniss primärer Scheidensarkome bei Erwachsenen;** von Dr. F. Horn. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 409. 1896.)

H. theilt 2 Beobachtungen von Scheidensarkom aus der Klinik Prochownick's in Hamburg mit.

1) Einer 35jähr. Arbeiterfrau wurde vor 7 Jahren ein harter, verschiebbarer Tumor aus dem mittleren Drittel der Scheide durch Ausschälung entfernt. 2 Jahre nach der Exstirpation fühlte sich die Operirte ganz wohl, dann bemerkte sie, dass sich an der früheren Stelle wieder ein Knoten bildete, der ganz langsam wuchs. Erst im letzten Vierteljahr traten Beschwerden und schliesslich übelriechender Ausfluss auf. Die Untersuchung ergab das Bestehen einer aus der Vulva hervorragenden, an der Oberfläche ulcerirten Geschwulst, die mit breitem pilzartigen Stiel vom unteren Ende der Scheide ausging und sich auch in das retrovaginale und retrovulvale Bindegewebe erstreckte. Keine Metastasen. Nach der

Exstirpation des Tumor lag das Rectum in grösserer Ausdehnung frei. Glatte Heilung. 7 Monate nach der Operation war die Kr. noch recidivfrei. Mikroskopisch erwies sich der Tumor als *spindelzelliges Fibrosarkom.*

2) Eine 49jähr. Frau bemerkte seit circa 5 Monaten das Entstehen eines Scheidentumor. Am 31. Dec. 1893 Abtragung der Geschwulst und Ausräumung der geschwollenen Leistendrüsen. Der Tumor selbst war pigmentfrei, erwies sich als Sarkom; in der gesunden Umgebung des Tumor Durchsetzung des Gewebes mit schwarzem Pigment. Am 29. März 1895 Exstirpation von Recidiven der Scheide und der metastatisch erkrankten Leistendrüsen. Mitte April 1896 war die rechte Unterbauchseite mit Metastasen bis 2 Finger breit unterhalb des Nabels angefüllt. Die Kr. starb bald nach der Operation an Entkräftung.

Bemerkenswerth war im letzten Falle, dass sich in den Präparaten der zuerst exeidirten Stücke innerhalb der Geschwulst kein Pigment vorfand, während sich in den Schnitten später excidirter Stücke deutlich Pigment nachweisen liess. H. spricht dabei die Ansicht aus, dass Blutungen allein nicht die Quelle des Pigments im Tumor gewesen sind, so dass dieser nicht den Namen Melanosarkom, sondern den eines *einfachen primären, alveolären, hämorrhagischen Scheidensarkoms* verdient.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

283. **36 eigene Beobachtungen von Vaginalcysten**; von Fr. L. Neugebauer in Warschau. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. p. 233. 1896.)

N. nimmt an, dass die Mehrzahl der von ihm beobachteten 36 Scheidencysten aus Resten der Malpighi-Wolff-Gartner'schen Gänge hervorgegangen sei, während die übrigen als Retentioncysten zu deuten seien. Einen Fall, der nach Freund auf eine rudimentäre doppelte Scheide zurückgeführt werden könne, habe er nicht beobachtet. Als Operation zieht er die Schröder'sche Kuppelabtragung mit oder ohne Umsäumung der Radikaloperation, besonders bei hochhinaufreichenden Cysten, vor. Rückfall sah N. nur einmal nach bloser Eröffnung. J. Praeger (Chemnitz).

284. **De l'urétrocèle vaginale et de ses variétés**; par André Bonrsier. (Arch. clin. de Bordeaux XIV. 11. p. 277. Nov. 1895.)

In dem Falle B.'s handelte es sich um eine 43jähr. Frau, die seit einigen Monaten über schleimig-eitrigen Ausfluss aus der Harnröhre klagte. Sie hatte 7 normale Geburten und eine Fehlgeburt durchgemacht. Nach der 6. Entbindung bekam sie vorübergehend einen Blasenkatarrh. 1 Jahr nach der letzten Entbindung traten wieder Erscheinungen des Katarrhs auf. Bei ärztlicher Untersuchung fand sich aber, dass die schleimig-eitrige Flüssigkeit aus einer mit der Harnröhre in Verbindung stehenden Geschwulst an der vorderen Scheidenwand kam, sowie dass der nachfolgende Harn klar war. Mit dem Katheter konnte man in die Höhle eindringen. Die Behandlung bestand in Ausschneidung des Sackes, Naht der Harnröhre und vorderer Scheidennaht. Dauerkatheter. Die Heilung verlief ungestört. Die Wand des Hohlraumes wurde von Sabrazès mikroskopisch untersucht. Sie zeigte den normalen Bau der weiblichen Harnröhre, nur mit dem Unterschiede, dass das Epithel das Bestreben zeigte, sich in Epidermis umzuwandeln und unterhalb des Epithels entzündliche Erscheinungen sich feststellen liessen. Damit ist der Fall als „wahre Urethrocele“ klargestellt.

Als Ursache der Urethrocele werden häufige oder schwierige Entbindungen angesehen. Fälschlich werden als Urethrocele bezeichnet Scheidencysten, die sich in die Harnröhre geöffnet haben, vielleicht auch abgesackte Blutergüsse in Folge von Verletzungen. Bei der wahren Urethrocele ist die Oeffnung des Sackes viel weiter, die abgesonderte Flüssigkeit dünnflüssiger als bei der Pseudo-Urethrocele.

Endlich kommen auch noch Aussackungen der Harnröhre durch Steine vor. Während es im Allgemeinen rathsam ist, die Aussackung der Harnröhre, bez. die Cyste gänzlich zu entfernen, genügt es bei Steinen meist, den Stein zu entfernen, da erfahrungsgemäss dann die Ausbuchtung schnell verschwindet.

J. Praeger (Chemnitz).

285. **Ueber eine von der Blase aus operirte nicht puerperale Vesico-Cervikalfistel**; von J. Koetschau in Cöln. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 4. p. 342. 1896.)

51jähr. Frau; im December 1892 Amputatio uteri supravaginalis wegen Fibroma uteri durch K. Seit dem Sommer 1894 Harnbeschwerden. Ende Juli 1894 stellte K. einen Abscess zwischen Blase und Cervixstumpf und dadurch herbeigeführte Blasen-Gebärmutterhalsfistel fest. Als der früher alkalische Harn normale Reaktion ergab am 25. Oct. 1894 Operation nach Baumm in Trendelenburg'scher Lage. 6 cm lange quere Eröffnung der Blase. Die 10-Pfennigstück grosse, zwischen beiden Harnleitermündungen gelegene Fistel wurde trichterförmig angefrischt und mit Fil de Florence-Nähten, die in der Scheide geknüpft wurden, vereinigt. Blasennaht, darüber Tamponade. Verweilkatheter. In den ersten Tagen normaler Verlauf. Am 30. Oct. war die Harnentleerung mangelhaft, am 1. Nov. Tod im Coma uraemicum. Sektion verweigert. Im Urin nach der Operation Eiweiss und granulöse Cylinder.

K. führt den Tod auf akute Nephritis, für deren Entstehung er die hereditäre Belastung (3 Geschwister hatten Nephritis, 2 starben daran) heranzieht, zurück.

J. Praeger (Chemnitz).

286. **Ueber die neueren operativen Bestrebungen zur Heilung schwerer Vorfälle**; von H. Fehling. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 39. 40. 1895.)

F. kommt zu dem folgenden Endergebniss: Beginnende Senkung bei jüngeren Frauen, zumal nach den ersten Wochenbetten, soll man durch längeres Liegen im Wochenbett, Anwendung von Ergotin und adstringirende Einspritzungen bekämpfen. Bei starker Senkung soll man die üblichen Pessare in möglichst kleiner Form anwenden. Bei ausgesprochenem Uterus-Scheidenvorfall wird man in erster Linie die gewohnten Kolporrhaphien mit Portioamputation und Dammplastik, ein- oder zweizeitig ausführen. Bei sehr schweren Vorfällen, besonders bei den auf Erschlaffung des Beckenbauchfells beruhenden, ebenso bei den Rückfällen nach Kolporrhaphien, soll man die Vaginalfixation des Uterus zusammen mit Scheidenverengerung anwenden. Bei älteren Frauen und besonders bei sehr grossem und verlängertem Organ ist die Totalexstirpation mit Scheidenverengerung auszuführen. Bei schwerem Vorfall alter Frauen (70 Jahre)

ist die Freund'sche Prolapsoperation (Einlegen von 4—5 Drahtringen als Tabakbeutelnaht) dem Tragen eines Lavedan'schen Stützapparats vorzuziehen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

287. **Eine neue Methode zur Beseitigung des vollständigen Gebärmuttervorfalles** *(Trachélopexie ligamentaire)*; von C. Jacobs in Brüssel. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 5. p. 418. 1896.)

Für den vollständigen Vorfall bei Frauen, die in der Menopause stehen, diese schon überschritten haben oder auch sich ihr erst nähern, empfiehlt J. eine neue Operation, durch die ein Recidiv des Scheidenvorfalls verhindert werden soll. Das Verfahren J.'s besteht im Folgenden: Laparotomie in Beckenhochlagerung. Nach Abbindung der Artt. spermaticae werden die Adnexe durchtrennt, die Artt. uterin. versorgt, das Collum uteri ungefähr 2—5 cm oberhalb der Portio vaginalis durchschnitten und der zurückgelassene Uterusstumpf vernäht. Um nun das Tiefertreten des Stumpfes zu verhindern, zieht J. ihn so hoch wie möglich empor und befestigt ihn mit einigen Nähten rechts und links an den Resten der Ligamenta lata.

J. hat die geschilderte Operation in 2 Fällen mit gutem Erfolge ausgeführt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

288. **Einiges über Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri**; von B. S. Schultze in Jena. II. Theil. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 101. 1896.)

Nachdem Sch. im I. Theile seiner Abhandlung (Jahrbb. CCL. p. 48) die Theilhaber'sche Arbeit (Jahrbb. CCXLIX. p. 170) kritisch beleuchtet hatte, setzt er im vorliegenden II. Theile seine therapeutischen Grundsätze auseinander.

In erster Linie kommt für ihn die Pessarbehandlung in Betracht. Bei sehr vielen Frauen liegt der früher retroflektirt gewesene Uterus tadellos im Pessar; er hat seine normale Lage und seine normale Beweglichkeit, was nach Sch. durch keine von allen operativen Fixationen erreicht wird.

In Fällen, in denen der Uterus gut reponibel ist, aber immer wieder trotz gut angelegten Pessars in Retroflexion übergeht, muss nach Sch. vor allen Dingen mit grösster Sorgfalt nach der Ursache dieses Uebelstandes geforscht werden. Parametritische Narben und peritonäale Schwielen sind nach Thure Brandt durch Massage zu behandeln. Für die Lösung des in Retroflexion adhärenten Uterus, sowie für die Sicherung der danach hergestellten Normallage bewährt sich nach Sch. der operative Angriff unmittelbar vom Douglas'schen Raume aus am meisten. Erscheint die Trennung der Verwachsungen ohne Controle des Auges bedenklich, so ist, falls die Höhe der Beschwerden Reposition des Uterus erheischt, die Laparotomie, Coeliotomia abdominalis, erforderlich.

Muss man zur Lösung der Adhäsionen die Laparotomie machen, so ist ohne Zweifel die Ventrifixur das sicherste Verfahren, vorausgesetzt, dass der Fall sich nicht für die Pessarbehandlung eignet.

Die vaginale Fixation, die Sch. stets (in 31 Fällen) nach der Mackenrodt'schen Methode (Jahrbb. CCXXXVI. p. 47) ausgeführt hat, ist durch die zahlreichen Recidive und die schlimmen Geburtstörungen stark diskreditirt. Die von Mackenrodt neuerdings (Jahrbb. CCXLIV. p. 151) empfohlene Vesicifixur ist nach Sch. vielversprechend; vor einer definitiven Beurtheilung dieser Methode müssen aber zunächst deren Erfolge abgewartet werden.

Sch. hat bisher nie einen Grund gefunden, um des frei reponiblen Uterus willen die Laparotomie zu machen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

289. **Zur Pathologie und Therapie der Retroflexio uteri**; von Dr. A. Theilhaber in München. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 111. 1896.)

Th. giebt eine sachlich gehaltene Erwiderung auf die Ausführungen, die Schultze (Jahrbb. CCL. p. 48) gegen eine frühere Veröffentlichung Th.'s (Jahrbb. CCXLIX. p. 170) gerichtet hat. Auf Grund weiterer eigener Beobachtungen begründet Th. von Neuem seine Anschauung, nach der eine orthopädische Behandlung der Retroflexio als überflüssig erscheint. „Ein volles Vierteljahrhundert wurde gekämpft, bis allgemein anerkannt wurde, dass die „Anteflexio" nicht orthopädisch behandelt werden dürfe. Vielleicht ist man, bevor abermals ein Vierteljahrhundert vergangen ist, allgemein zu der Ueberzeugung gekommen, dass bei einem Organ, das vermöge seiner Lage zwischen Nachbarorganen mit wechselndem Inhalt stündlich seine Lage und Form wechseln muss, dass bei diesem Organ zahlreiche Variationen der Form und Lage möglich sind, ohne dass hierdurch Veranlassung gegeben wird zu ernsten Störungen der Gesundheit." Arth. Hoffmann (Darmstadt).

290. **Ueber Vaginofixation.** *(Zum gegenwärtigen Stand der Frage)*; von L. Kessler. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 36. 1896.)

Von 4 operirten Frauen (die Operation wurde nach den ursprünglichen Angaben Mackenrodt's, ohne Eröffnung der vorderen Bauchfellfalte, ausgeführt) wurde eine schwanger. Schwangerschaft und Geburt verliefen normal. K. giebt einen Ueberblick über die veröffentlichten Geburtstörungen nach Vaginofixatio uteri und kommt zu dem Schlusse, dass man sich in den seltenen Fällen von beweglicher Rückwärtsverlagerung der Gebärmutter, in denen man überhaupt operiren muss, auf die symperitonäale, seroso-seröse Befestigung der oberen Hälfte der vorderen Gebärmutterfläche beschränken soll und nur die untere Hälfte des

Körpers durch Einnähen in die Scheidenwunde seroso-fibrös befestigen soll. Er glaubt, dass damit sich Geburtstörungen sicher ausschliessen lassen, da nach Laroyenne das Wachsthum der Gebärmutter in der Schwangerschaft hauptsächlich von der hinteren Wand und dem Gebärmuttergrund aus geschieht. J. Praeger (Chemnitz).

291. **Zur Vesicofixatio uteri** *(Hystero-Cystopexie)*; von C. Staude in Hamburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 94. 1896.)

St. betrachtet es als wesentlichsten Punkt bei der Fixation des Uterus, ob dabei das Peritonaeum principiell eröffnet wird oder nicht. Eine wirkliche sichere Verklebung der Serosae, in der Ausdehnung, in der sie zur Heilung nöthig ist, kann man nach St. nur erwarten, wenn man 2 Serosaflächen aufeinandernäht, wenn man also das Peritonaeum zu diesem Zwecke eröffnet.

St. hat nun in 6 Fällen die direkte Befestigung der vorderen Uteruswand an der hinteren Blasenwand vorgenommen, wobei die normale Lage des Uterus bewahrt blieb (Hystero-Cystopexie). Obwohl St. nicht in allen Fällen einen Dauererfolg erzielte, tritt er doch für den Mackenrodt'schen Vorschlag (Jahrbb. CCXLIV. p. 151), den Uterus an der Blase zu befestigen, ein.

St. verhält sich gegenüber der operativen Behandlung der Retroflexio sehr zurückhaltend und hat von 200 Retroflexionen nur 12 (7mal auf vaginalem und 5mal auf abdominalem Wege) operirt.

St. führte die Hystero-Cystopexie in folgender Weise aus: Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes mit einem Querschnitt, dem eventuell noch ein Sagittalschnitt hinzugefügt wird. Ablösung der Blase und Eröffnung des vorderen Peritonaeum. Durch die vordere Corpuswand wurden dann 4—5 Fadenzügel gelegt, zum Herabziehen des Fundus und zur Durchführung durch die Scheide. Darauf wurde mit einem fortlaufenden Catgutfaden, am Fundus oder an der hinteren Blasenwand beginnend, das Blasenperitonaeum auf den Peritonaealüberzug des Uterus vom Fundus bis zum inneren Muttermund aufgenäht, so dass man mit den letzten Touren die Peritonaealöffnung wieder schloss. Zuletzt Vernähung der Vaginawunde und Knüpfung der Fadenzügel in der Vagina.
Arth. Hoffmann (Darmstadt).

292. **Zwei Fälle von sekundärer Verwachsung submuköser Myome mit der gegenüberliegenden Wand des Uterus**; von Josef von Chrzanowski. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 1. p. 11. 1896.)

H. Leyden (Jahrbb. CCXLI. p. 169) beschrieb seiner Zeit einen in der Giessener Frauenklinik beobachteten Fall von adhäsiver Implantation eines Uterusmyoms in dem Cervikalkanal. Später (Jahrbb. CCL. p. 157) theilte Küstner 2 ähnliche Fälle aus der Breslauer Frauenklinik mit, zu deren Ergänzung jetzt v. Ch. über 2 weitere in derselben Klinik operirte Frauen berichtet. In beiden Fällen handelte es sich um eine richtige Verwachsung; ein deutliches Uebergehen der beiden Muskelflächen in einander, ohne eine Spur von zurückgebliebener Schleimhaut, sicherte die Diagnose. Die Ursache der Verwachsung lag nach v. Ch. in einer Drucknekrose der Schleimhaut; Verletzungen durch die Sonde oder andere Instrumente waren in diesen beiden Fällen ausgeschlossen, da keine von beiden Frauen vor ihrer Ankunft in der Klinik intrauterin untersucht worden war.

Da in der Breslauer Frauenklinik allein 4 hiergehörige Fälle beobachtet wurden, glaubt Ch. annehmen zu dürfen, dass sich auch anderorts bei genauerer Untersuchung sämmtlicher Myompräparate öfters ähnliche Befunde herausstellen würden. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

293. **Ueber Indikationen und Contraindikationen der Myomotomie**; von O. Küstner in Breslau. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 164. 1896.)

Die neuerlichen besseren Erfolge der Myomotomie gestatten es, die Anzeige zur Entfernung von Myomen weiter zu fassen, als es die seiner Zeit allgemein anerkannte Indikationstellung Hegar's wollte. Auch die Beobachtungen, dass sich nach der Operation anstatt eines Myoms nicht selten ein Sarkom findet, und die Erscheinung von Sarkommetastasen bei früher diagnosticirtem Myom drängen dazu. K. berichtet über 5 derartige Fälle. Stets ist natürlich zu berücksichtigen, ob Zustände bestehen, die die beschwerdenverursachende Geschwulst schonungsbedürftig oder ihre Entfernung als unnütz oder schädlich erscheinen lassen.

Niemals bildet mehr eine Gegenanzeige die Art der Entwickelung der Myome. Die in die Mutterbänder hinein entwickelten Geschwülste machen die meisten Beschwerden. Ihre Operation ist deshalb oft am dringlichsten. Besonders macht K. auf die Lageveränderung der Blase bei diesen Geschwülsten aufmerksam. Die Castration bei ihnen vorzunehmen, verwirft er. Diese Operation ist oft schwierig und gelingt nur unvollständig. In der allgemeinen Blutarmuth sieht K. keine Gegenanzeige gegen eine operative Entfernung der Myome. Die Verjauchung der Geschwulst bildet nicht immer, aber in gewissen Fällen eine Gegenanzeige gegen die Entfernung vom Bauche aus. K. berichtet über einen trostlosen Fall mit septischen Erscheinungen, in dem es zur spontanen Abstossung der grossen Geschwulst und Genesung kam.

Nicht angezeigt ist die Operation selbstverständlich bei unheilbaren Erkrankungen, wie nicht operablem Krebs. Bei Lungentuberkulose hat K. wiederholt operirt, bisweilen mit vorübergehenden vermehrten entzündlichen Lungenerscheinungen, in anderen Fällen ohne Störung. Einmal beobachtete er eine allgemeine Miliartuberkulose, ausgehend von einem alten Herde in der rechten Lunge, die am 11. Tage nach der Operation zum Tode führte. Hier war die Tuberkulose vorher nicht festgestellt.

Weitere schwere Komplikationen schildert K. in den folgenden beiden Krankengeschichten.

Im 1. Falle handelte es sich um ein grosses submuköses, an der unteren Kuppe der Kapsel entkleidetes und daselbst verfaultes Myom bei einer sehr blutleeren Frau mit Kropf. Von der Scheide aus gelang die Operation nicht, sondern musste vom Bauche aus vollendet werden. Während der Operation bekam die Kr. Lungenödem. Bis zum 8. Tage fieberte sie. Trotzdem genas sie.

Im 2. Falle war neben dem Myom eine Bauchfelltuberkulose vorhanden. Die völlige Entfernung der Gebärmutter wurde vom Bauche aus vorgenommen. Genesung.

Entartungen des Herzmuskels, Verfettung und braune Atrophie finden sich bei Myom ziemlich häufig. Ist bei einer nach der Operation Gestorbenen auch nur ein geringer entzündlicher Process im Bereiche des Operationfeldes vorhanden, so sieht K. darin die Todesursache, nicht in der Herzaffektion. Die schwerste Gefahr für diese bildet die Narkose. Dass auch derart Schwerkranke die Operation, wenn sie kurzdauernd und blutschonend ist, überstehen können, beweist ein von K. mitgetheilter Fall.

K. übt jetzt wieder die reine Totalexstirpation aus, ausser wenn eine Ausschälung gerechtfertigt erscheint. Die Unterbindungen macht er mit Catgut.

J. Praeger (Chemnitz).

294. **Welches ist die beste Myomoperation?** *Statistik der in den letzten Jahren an der Universitäts-Frauenklinik in Leipzig ausgeführten Myomektomien;* von Dr. Robert Blum. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 1. p. 80. 1896.)

Die von Zweifel geübte Methode der Myomektomie unterscheidet sich von allen übrigen Operationsmethoden principiell in zwei Punkten. Sie legt gleich viel Werth auf eine durchaus sichere Blutstillung, wie auf einen Ausschluss der Wundfläche aus der Bauchhöhle durch exakte Peritonäaldecknaht, und sieht in dem Cervikalkanale den keimfreien Theil des weiblichen Genitaltractus, der bei der Myomektomie so behandelt werden kann, als ob er gar nicht vorhanden wäre. Wegen des Genaueren kann auf frühere Mittheilungen (Jahrbb. CCXXII. p. 97; CCXXXVII. p. 247; CCXLVI. p. 54) verwiesen werden.

B. giebt nun zur Ergänzung der früheren Veröffentlichungen eine tabellarische Uebersicht über weitere 69 Myomektomien. Die Myomektomiestatistik der Leipziger Klinik umfasst dann 120 nach der gleichen Methode behandelte Frauen mit einer Mortalität von nur 2.5%. So weit Störungen von Seiten des Stumpfes in Betracht kommen, beläuft sich für die letzte Reihe von 69 Myomektomien die Morbidität auf 19.1%. Diese Erfolge sind unvergleichlich besser als die aller anderen Kliniken und es ist nach B. eine seltsame Thatsache, dass trotzdem die Methode sich nur langsam Anhänger gewinnt.

B. hofft, dass seine Mittheilung der intraperitonäalen Stielbehandlung mit fortlaufender Partienligatur des Stumpfes neue Anhänger gewinnen und so dem in der Gynäkologie mehr und mehr um sich greifenden Radikalismus einen Damm entgegensetzen werde. Seiner Ansicht nach ist Zweifel's Operation die Methode der Zukunft, nicht aber die weit gefährlichere, in ihren Erfolgen nicht höher stehende Totalexstirpation.

Den Schluss der Abhandlung B.'s bildet eine tabellarische Zusammenstellung von 21 anderen, aus gleicher Indikation ausgeführten Operationen: 1 Castration, 2 Myomektomien mit anderer Stielversorgung, 9 Enucleationen und 9 Totalexstirpationen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

295. **Casuistischer Beitrag zur Complikation der Schwangerschaft mit Myomen;** von Dr. Leopold Thumim. (Wien. klin. Wochenschr. IX. 41. 1896.)

Th. theilt zunächst folgende von Landau ausgeführte Operation mit: Eine 38jähr., im 4. Monate ihrer ersten Schwangerschaft stehende Frau wurde plötzlich von heftigen reissenden Unterleibsschmerzen befallen. „Der leidende Gesichtsausdruck, die eingefallenen Augen und Wangen, der aufgetriebene, äusserst druckempfindliche Leib bieten ganz das Bild einer akuten Peritonitis". [Angaben über Temperatur und Puls fehlen. Ref.] Ursache der Erkrankung war ein faustgrosses, subperitonäal der vorderen Uteruswand breit aufsitzendes Myom. Der Tumor wurde ausgeschält und das Geschwulstbett vernäht. Hierbei war das Peritonaeum unverändert vergefunden werden. Glatte Heilung. Am normalen Schwangerschaftende wurde die Operirte mit der Zange von einem kräftigen Knaben enthunden. Normales Wochenbett.

Th. stellt dann 55 hierher gehörige Fälle zusammen, von denen 31 mit Heilung und Fortdauer der Schwangerschaft bis zum normalen Ende verliefen. In 15 Fällen trat Heilung und Abort ein; in 9 Fällen war der Ausgang für Mutter und Frucht ungünstig.

Th. kommt zu folgendem Endergebnisse: „Beim Fehlen jeglicher Symptome sind wir zu operativem Vorgehen nicht verpflichtet. Beim Auftreten bedrohlicher Symptome während der Gravidität ist die Laparotomie anzurathen; falls die Enucleation gelingt, sind die Aussichten für Mutter und Kind günstige zu nennen. Andernfalls käme die Totalexstirpation in Betracht".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

296. **Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus bei nicht bösartiger Erkrankung;** von Dr. Max Voigt. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IX. 1. p. 38. 1896.)

V. berichtet über 38 hierher gehörige Fälle aus der Klinik Prochownick's in Hamburg. In den ersten 15 Fällen handelte es sich um vaginale Exstirpation der Gebärmutter wegen Myom, im Falle 16 um Totalprolaps und in weiteren 16 Fällen um Erkrankungen der Adnexe. In den noch übrigen 6 Fällen liessen die klinischen Erscheinungen Carcinom der Gebärmutter vermuthen und die Schwere der Erkrankung nöthigte zur Vornahme der Uterusexstirpation.

3 Fälle = 8% endeten tödtlich. Was die Technik betrifft, so wurde bei den zuletzt aus-

geführten Operationen stets die Freilegung des Operationfeldes nach Landau, bez. mit Doyen'scher Spaltung durchzuführen versucht, dann aber (von den Adnexen her beginnend) schrittweise abgebunden.

Zum Schlusse giebt V. eine tabellarische Uebersicht über die sämmtlichen 38 Operationen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

297. **The clinical course of forty-seven cases of carcinoma of the uterus subsequent to hysterectomy;** by W. W. Russell. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Baltimore VI. 56. 57. Nov.—Dec. 1895.)

Die 47 Gebärmutterkrebse, über die R. berichtet, sind von October 1889 bis October 1895 von Kelly und R. operirt worden. 9 betrafen den Gebärmutterkörper, 38 den Gebärmutterhals. 5 Kranke starben im Anschlusse an die Operation, 3 an Bauchfellentzündung, 2 in Folge von Unterbindung der Harnleiter. 21 Operirte leben noch, 16 gingen an Rückfall zu Grunde, 4 Kranke kamen ausser Beobachtung, 1 starb an einer Herzerkrankung.

Die Operation wurde 40mal von der Scheide aus, 4mal vom Bauche aus, 3mal gleichzeitig von oben und unten ausgeführt.

Wie wenig eine derartige Statistik, die sich nur über 5 Jahre erstreckt, geeignet ist, ein Bild der Dauererfolge der Krebsoperation zu geben, beweist eine vor 5 Jahren operirte Frau, bei der sich erst seit 16 Monaten zunehmende Drüsenschwellungen am Halse und in den Achselhöhlen zeigten, während nie ein örtlicher Rückfall gefunden wurde. 2mal entwickelte sich einige Monate nach der Entfernung der Gebärmutter Brustkrebs, 3mal kam es zum Vorfall des nicht entfernten Eileiters, der leicht einen Rückfall vortäuschen kann. In einem Falle bildete sich 3 Monate nach der Operation längs der Narbe im Scheidengewölbe eine schwammige Wucherung. K. entfernte die Masse sorgfältig und ätzte die Umgebung. Nach $2^1/_2$ Jahren ist der Befund noch ein normaler. [Mikroskopische Untersuchung der entfernten Massen? Ref.]

Auch Kelly gaben die Operationen des Körperkrebses bessere Erfolge als die des Gebärmutterhalses. Unter den ersten 9 Frauen sind 2 im Anschlusse an die Operation, bez. nach unvollständiger Operation gestorben, die übrigen 7 sind ohne Rückfall, davon 3 über 3 Jahre, während von 38 Fällen von Krebs des Gebärmutterhalses in 15 Rückfall eintrat. Mit einer Ausnahme waren bei 10 Leichenöffnungen die Rückfälle auf Becken- und retroperitonäale Lymphdrüsen beschränkt.

J. Praeger (Chemnitz).

298. **Zur vaginalen Coeliotomie;** von Dr. Steffeck in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44. 1896.)

St. berichtet zunächst über 8 Fälle von Colpotomia anterior, 3mal wegen Erkrankungen der Anhänge, 5mal wegen Verwachsungen der hinteren Gebärmutterwand. Die Erfolge waren keine glänzenden. Im 3. Falle bekam die Kranke nach sehr schwieriger Entfernung einer Hydrosalpinx ein faustgrosses Hämatom links von der Gebärmutter. Retroflexionen traten nach Lösung der Verwachsungen und Annähung des Gebärmutterkörpers 2 Finger breit oberhalb des inneren Muttermundes in 4 von 5 Fällen auf; 2mal kam es zu erneuten Verwachsungen. 8 weitere Frauen wurden der Colpotomia post. unterzogen, von diesen 4 wegen Erkrankungen der Anhänge (2mal Pyosalpinx und 1mal doppelseitige kleine, verwachsene Eierstocksgeschwülste: guter Erfolg; 1mal Pyosalpinx: Rückfall nach der Eröffnung). 4 andere kamen wegen chronischer Pelveoperitonitis zur Operation. In diesen Fällen wurde durch die Operation die freie Beweglichkeit der Gebärmutter wieder hergestellt (in einem Falle Vaginofixation, sonst Pessar-Nachbehandlung). J. Praeger (Chemnitz).

299. **Indications de la castration abdominale totale dans le traitement de certains cas de suppurations pelviennes;** par Henry Delagénière, Mans. (Ann. de Gynécol. Sept. 1896. p. 161.)

D. vermisst in dem Referate Bouilly's vor dem Genfer Gynäkologencongresse die Erwähnung der gänzlichen Entfernung der inneren Geschlechtswerkzeuge vom Bauche aus. Er hält sie allerdings nur in seltenen Fällen für angezeigt, z. B. wenn die Gebärmutter stark entzündet ist mit gleichzeitiger Perimetritis, bei hoch gelegenen Eitersäcken, ferner wenn die Gebärmutter durch Fibrome beträchtlich vergrössert ist, wenn sie in Rückwärtslage festgewachsen ist, bei starker Infiltration der breiten Mutterbänder, endlich wenn die Gebärmutter Sitz einer Neubildung ist. Bei 10 Operationen nach dieser Methode hatte D. 2 Todesfälle; die Genesung in den übrigen 8 Fällen war so vollständig, wie sie D. nach anderen Methoden nicht beobachtet hat. J. Praeger (Chemnitz).

300. **Traitement des inflammations des annexes et du péritoine pelvien;** par Henri Hartmann. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 163. Sept. 1896.)

H. betont, dass man in jedem Falle von Beckenentzündung, ausser wenn ein offenbar vereiterter Herd vorhanden ist, vor jedem chirurgischen Eingriffe den Erfolg von Bettruhe, vereinigt mit antiseptischer Scheidenbehandlung, abwarten solle. Bei noch nicht deutlich abgegrenzten Geschwülsten, die wahrscheinlich zum grossen Theile auf peritonitische Ausschwitzungen zu beziehen sind, hält er eine Erweiterung und Ausschabung der Gebärmutterhöhle für rathsam, die nach seiner Meinung bei genügender Vorsicht ungefährlich ist und doch

Erfolge giebt. Grössere operative Eingriffe hat H. mit Terrier zusammen seit 1. Jannar 1893 167mal gemacht. Abzüglich eines Chloroformtodes kamen auf 166 Fälle 6 Todesfälle im Anschlusse an die Operation = 4.22%.

104 Franen wurden vom Banche aus operirt, wegen vereiterter Anhänge 47 mit 3 Todesfällen, 11 wegen Eileiterschwangerschaft mit einem Todesfalle.

39mal wurde die Gebärmutter von der Scheide aus entfernt (3 Todesfälle). Nur 3mal wurden die Anhänge überhanpt nicht entfernt.

22mal geschah die Operation vom hinteren Scheidengewölbe aus (0 gest.) und 1mal wurde eine Beckeneiterung, die von den Anhängen ausging, durch Einschnitt von oben eröffnet.

In Bezug auf sofortige und dauernde Heilung stellt H. die Entfernnng der Gebärmutter mit den Anhängen von der Scheide aus am höchsten. Die Entfernung der Anhänge vom Bauche aus hat bisweilen Bauchdeckeneiterungen im Gefolge, auch kommen von Seiten der schon inficirten oder nach der Operation neu inficirten Gebärmutter Beschwerden zum Vorschein. Die einfache Eröffnung der Eiterherde macht bisweilen noch einen zweiten grossen Eingriff nöthig (2mal auf 23 Fälle). Auch ist die Daner der Heilung lang. Trotzdem ist H. weit entfernt, die Radikaloperation von unten als die einzig richtige anzusehen. Bei der Operation vom Bauche aus gelingt es öfters, einen gesunden Theil der Anhänge zu erhalten (in 26 Fällen); auch nach dem einfachen Einschnitte des Eiterherdes sind 21 Franen gesnnd geworden. Die Beschwerden der zu zeitig eintretenden Wechseljahre fehlten bei diesen Frauen.

Den Einschnitt vom hinteren Scheidengewölbe aus empfiehlt H. bei einseitigen tief gelegenen Eitersäcken; die Entfernung der Gebärmntter ist angezeigt bei mehrfachen Eitersäcken, die die Gebärmutter einmanern, und bei nicht zu grossen beiderseitigen Eitersäcken. Den Weg vom Bauche aus zieht H. vor bei allen grossen hoch gelegenen Geschwülsten, eventuell mit Entfernung der Gebärmntter. J. Praeger (Chemnitz).

301. **Du traitement des collections pelviennes par un large débridement vaginal**; par Laroyenne, Lyon. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 172. Sept. 1896.)

Vor dem Genfer Gynäkologencongress vertrat L. die von ihm wiederholt empfohlene Behandlnng der Beckeneiterungen: Pnnktion mit einem gefurchten Trokar, der die Krümmung einer Gebärmuttersonde hat. Auf der Furche wird ein Messer eingeführt nnd ohne Controle des Anges, nur mit Controle der bimannellen Palpation, werden Eiter- oder Blutsäcke breit gespalten. Selbst hochliegende Eitersäcke eröffnet L. auf diese Weise. Sind mehrere Taschen vorhanden, so wird von der ersten Höhle aus, die eröffnet ist, die nächste eröffnet u. s. w.

L. hält immer noch an der von den meisten Frauenärzten bekämpften Ansicht fest, dass die Beckeneiterungen zum grossen Theil abgesackte Beckenbauchfellentzündungen sind, wenn er auch zugieht, dass meist noch darüber ein Eileitersack sich befindet. Zu dieser Ansicht kann nur ein Operateur kommen, der selten von oben operirt, sondern meist im Dunklen von unten.

J. Praeger (Chemnitz).

302. **Sur le traitement des suppurations pelviennes**; par L.-G. Richelot. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 183. Sept. 1896.)

R. theilt die Beckeneiterungen ein in: 1) Beckenzellgewebeentzündung: entstehend im Anschluss an Geburten oder Eingriffe am Gebärmutterhals. Die Anhänge brauchen nicht betheiligt zu sein. Der Eiter dringt zwischen den beiden Blättern des breiten Mutterbandes nach unten oder er hebt das Bauchfell ab und erscheint über dem horizontalen Schambeinast. 2) Pyosalpinx und Vereiterung des Eierstocks, die häufigste Form der Beckeneiterung. 3) Eiterungen innerhalb des Bauchfelles. Von diesen seltenen Fällen führt R. 5 an. R. nimmt an, dass es sich in diesen Fällen nicht um eine Verbreitung der Infektion auf dem Wege durch die Eileiter, sondern von der Gebärmutterhöhle aus auf dem Lymphwege handele.

Bei der Besprechung der Behandlung wendet sich R. gegen den ausschliesslichen Gebrauch des Einschnittes vom hinteren Scheidengewölbe her, vor Allem, weil es eine Operation im Dunklen ist. Angezeigt hält er die Operation nur bei wahrscheinlich einkammerigen Höhlen, die nach unten stark vorspringen. Weitere Gründe können sein: jugendliches Alter der Kr., frische Erkrankung und starke Giftigkeit des Eiters, endlich auch die Brüchigkeit der Gebärmutter im Wochenbett.

Für den Laroyenne'schen Trokar kann sich R. nicht erwärmen. Der Operation vom Bauche aus wirft R. 1) ihre grosse Gefährlichkeit, die ihren Grund in der Giftigkeit des Eiters, ferner in der Häufigkeit der Dünndarmverletzungen habe, 2) die Unvollständigkeit der Operation (Zurückbleiben von Fisteln) vor, die oft noch die spätere Entfernung der Gebärmntter nothwendig mache, weiter, dass eine kranke Gebärmntter zurückbleibe. Die Entfernung der Gebärmutter vom Bauche aus gleichzeitig mit den vereiterten Anhängen verwirft er wegen der Gefahr der Infektion und der langen Dauer der Operation.

R. hat selbst seit Anfang 1895 bei entzündlichen Erkrankungen der Anhänge (Eiterung oder nicht) 48mal die Operation vom Bauche ans gemacht. Die Anzeige hierzu sieht er in solchen Fällen, in denen es rathsam erscheint, die Organe zu erhalten, besonders also bei jungen Frauen. Tamponade wendet R. nur an, wenn Gefahr der Infektion des Bauchfelles bestand. Er fügt zur Gazetamponade noch ein Drainrohr hinzu.

R. ist bekanntlich einer der Hauptvertreter der Gebärmutterentfernung von der Scheide aus bei Beckeneiterungen. Bis Anfang August 1896 hat er nicht weniger als 150 ausgeführt mit 10 Todesfällen. Er rühmt der Methode nach, dass alle Genesenen wirklich geheilt geblieben sind. Zur vollständigen Heilung hält er die völlige Entfernung der Anhänge nicht für nöthig. So hat er in 56 Fällen nur die Gebärmutter entfernt, in 31 Fällen die Anhänge theilweise, in 63 ganz mitgenommen. Nur 5 Fälle sind darunter zu verzeichnen, in denen eine etwas längere Eiterung, bez. eine Fistel blieb.

Die Verallgemeinerung dieser Operation beruht auf der Anwendung von Klammern, und zwar wendet R. nur solche mit kurzen (3—5 cm langen) Fassflächen an. Grossen Werth legt er auf genaue Blutstillung. Zur Tamponade benutzt er Jodoformwatte. Die Tampons bleiben eine Woche lang liegen. J. Praeger (Chemnitz).

303. **Traitement des suppurations pelviennes**; par P. Reynier. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 176. Sept. 1896.)

R. ist im Wesentlichen Anhänger der Laparotomie bei eiterigen Beckenerkrankungen, besonders bei Pyosalpinx, eiteriger Salpingo-Oophoritis mit gewisser Beweglichkeit der Gebärmutter und für die Fälle, in denen eine doppelseitige Erkrankung nicht sicher ist. Gleichwohl wendet er auch die übrigen Verfahren an, die Incision vom hinteren Scheidengewölbe aus und die Entfernung der Gebärmutter; erstere besonders bei jungen Frauen mit frischer Infektion; letztere besonders bei Durchbruch der Abscesse in benachbarte Organe, meist in den Mastdarm. Im Ganzen hat er seit 1892 in $4^1/_2$ Jahren 212 Eingriffe gemacht, 4mal Einschnitt von Phlegmonen der breiten Mutterbänder nach Entbindungen in der Leistengegend. 110 Bauchschnitte: 8 Todesfälle. 52 Entfernungen der Gebärmutter von der Scheide aus mit 6 Todesfällen. R. betont, dass bei dieser Operation zurückgelassene Anhänge nicht, wie Segond behauptete, atrophiren, sondern dass sie erhebliche Beschwerden machen können. 46mal eröffnete und drainirte er die Eitersäcke vom hinteren Scheidengewölbe aus. Kein Todesfall, aber später wurde 9mal die Entfernung der Gebärmutter und 4mal die Laparotomie nothwendig. Andererseits ist aber hervorzuheben, dass 3 Frauen 1—2 Jahre nach der Operation schwanger wurden.

J. Praeger (Chemnitz).

304. **Die Prochownick'sche Diätkur und ihr Verhältniss zur künstlichen Frühgeburt, Sectio caesarea und Symphyseotomie**; von Jetse Reijenga in Groningen. (Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. Groningen 1896. J. B. Wolters. Gr. 8. 64 S.)

R. stellt aus der Literatur 33 Fälle zusammen, in denen die Brüninghausen-Prochownick'sche Diätkur zur Beschränkung des fötalen Wachsthums wegen Beckenenge von 8 verschiedenen Aerzten angewandt worden ist, und fügt 9 eigene Beobachtungen hinzu. Das Gesammtresultat ist das nachfolgende.

32 Frauen gebaren ohne Diätkur bei 78 Niederkünften 51 todte und 27 lebende Kinder, während dieselben Frauen nach vorher eingehaltener Diätkur bei 37 Entbindungen 37 lebende Kinder zur Welt brachten. Dieselben Frauen gebaren also *ohne* Diätkur 65% lebende und 35% todte Kinder; dagegen *mit* Diätkur 100% lebende.

R. tritt warm für die Anwendung der Diätkur ein, die er als einen sehr grossen Fortschritt auf geburtshülflichem Gebiete betrachtet: „Sie setzt uns in sehr vielen Fällen in den Stand, das Ideal des Geburtshelfers zu erreichen: lebende unversehrte Mütter und lebende ausgetragene Kinder ohne blutige Operationen, wo dies ohne sie oft unmöglich war“. R. ist der Ueberzeugung, dass durch die Diätkur nicht allein die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, sondern auch die Zahl der Kaiserschnitte aus relativer Indikation und die der Symphyseotomien wesentlich eingeschränkt werden wird.

[Die Zahl Derer, die sich auf Grund eigener Erfahrung zu Gunsten der Brüninghausen-Prochownick'schen Diätkur aussprechen, mehrt sich trotz der dieser Methode namentlich von akademischer Seite anfangs gewordenen theoretischen Zurückweisung zusehends. Ref. möchte hier noch beifügen, dass sich in allerjüngster Zeit auch Ernst Fränkel in Breslau (Tagesfragen der Gynäkologie. Wien 1896. p. 124) ganz entschieden für die Wirksamkeit der Diätkur ausgesprochen hat. Fränkel konnte aus seiner geburtshülflichen Privatpraxis der letzten Jahre „eine ganze Reihe von Fällen aufführen, wo es ihm durch consequente Durchführung dieser Diät vom 4. bis 5. Schwangerschaftsmonate an gelang, die Früchte auf einem Gewichte von 2000 bis höchstens 2500 g zu erhalten und so trotz vorausgegangener sehr schwerer Entbindungen eine verhältnissmässig leichte Spontangeburt eines lebenden Kindes am richtigen Ende zu erzielen“. Vgl. auch Jahrbb. CCXXXIV. p. 157 und CCXLVI. p. 215.]

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

305. **Die Bedeutung der äusseren Untersuchung der Gebärenden gegenüber der der inneren**; von F. Ahlfeld in Marburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44. 1896.)

A. behandelt die Frage, ob und in welcher Zahl der Fälle zur Erkennung einer drohenden oder bereits bestehenden Gefahr die äussere Untersuchung allein ausreicht. Nach A. „liefert die äussere Untersuchung allein keineswegs das Gewünschte: a) weil sie intra partum technisch zu schwer auszuführen und daher nur von wenigen sehr geübten Aerzten mit einigem Erfolge verwendet werden kann, b) weil sie nur einen kleinen Theil der Geburts-

anomalien aufdeckt, die für Mutter oder Kind verhängnissvoll werden können, c) auch sind der äusseren Untersuchung, wenn sie gründlich ausgeführt wird, schädigende Störungen im Geburtsvorgange nicht ganz abzusprechen".

A. stellt den Satz auf: „der gewissenhafte Arzt muss eine innere Untersuchung vornehmen", denn es giebt seiner Ansicht nach der Vorkommnisse weit mehr, als nach den Auseinandersetzungen der Vertreter der neuen Lehre zu vermuthen ist, die eine innere Untersuchung nothwendig machen. A. vertritt die Ansicht, dass die innere Untersuchung schadlos für die Gebärende ausgeführt werden kann, wenn nur die richtige Desinfektion zur Keimfreimachung der untersuchenden Hand angewandt worden ist.

Für A. ist nicht: grössere Verwerthung der äusseren Untersuchung und Zurückdrängen der inneren das erstrebenswerthe Ziel, sondern: *Vervollkommnung der äusseren und inneren Untersuchungsmethoden und Verwendung beider zu Nutzen der gebärenden Frau.* Arth. Hoffmann (Darmstadt).

306. **Ueber das Vorkommen von Streptokokken in der Scheide Gebärender**; von Dr. Vahle in Marburg. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 192. 1896.)

Um sich aus eigener Anschauung ein Urtheil über die Beschaffenheit des Scheidensekrets *Schwangerer* zu bilden, untersuchte V. zunächst das Sekret 30 Gravider, die sich fast sämmtlich ziemlich am Ende der Schwangerschaft befanden, 22mal war die Reaktion des Sekrets stark sauer, 7mal sauer und 1mal neutral. Streptokokken gingen 3mal auf, 2mal in Reincultur und 1mal zusammen mit Staphylokokken und dicken Stäbchen.

V. bestreitet, dass es ein im Döderlein'schen Sinne zu differenzirendes normales und pathologisches Scheidensekret Schwangerer giebt. Die besten Schlüsse auf eventuellen Kokkengehalt lassen sich noch aus dem makroskopischen Aussehen des Sekretes ziehen. Wenn dieses gelblich, eitrig, schaumig, stinkend ist oder wenigstens einzelne dieser Eigenschaften besitzt, so kann man fast regelmässig auf die Anwesenheit von hauptsächlich Kokken rechnen.

Die Hauptversuche V.'s erstreckten sich auf 60 *Gebärende*. Unter Beobachtung strenger Vorsicht wurde mit dem steril gemachten Finger das Scheidensekret entnommen; jedesmal wurde ein Deckglaspräparat gemacht, auf Traubenzuckerglycerinagar geimpft und die Reaktion geprüft. Die Reaktion war in den meisten Fällen sauer, seltener (6mal) neutral und noch seltener (3mal) alkalisch. Im gefärbten Deckglaspräparate fanden sich 33mal Döderlein'sche Bacillen, 7mal allein, 11mal vorwiegend und 14mal nebenbei unter anderen Mikroorganismen: Kokken und dicken Bacillen. *Streptokokken kamen 15mal, also in 25% der Fälle, zur Beobachtung.*

Die Misserfolge der Untersuchungen Anderer auf Streptokokken erklärt sich V. dadurch, dass diese, wegen der Beschaffenheit ihrer Nährböden, vorhandene Streptokokken nicht aufgefunden haben.

Für die Therapie entnimmt V. seinen Untersuchungen die Nothwendigkeit, bei jeder Geburt, auch bei den voraussichtlich normalen, eine prophylaktische Scheidenausspülung vorzunehmen. Der präliminaren Reinigung der Vagina haftet nach V. übrigens der Nachtheil an, dass sie vorläufig nur in Anstalten oder allerhöchstens in der ärztlichen Praxis zu verwenden ist, keinesfalls aber in der Hebammenpraxis. Für die Hebammenpraxis muss man nach V. zufrieden sein, wenn hier die Infektionen durch Uebertragung von aussen möglichst vermieden worden, die ja auch viel schwerer verlaufen als die Selbstinfektionen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

307. **Ueber Beckenneigung**; von Dr. Rud. Savor in Wien. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 316. 1896.)

Die Beckenneigung, d. h. der Winkel zwischen Beckeneingangebene und Horizontale, lässt sich bei der Graviden nicht direkt messen, da das Promontorium von aussen nicht zugängig ist. Sie lässt sich aber berechnen aus dem Winkel, den die Conj. externa zur Horizontalen bildet, wenn das Verhältniss zwischen diesem Winkel und der Beckenneigung feststeht. An 8 kalt macerirten („Bänder-) Becken und an 30 frischen Becken wurde dieses Verhältniss untersucht. Ein hierzu benutzter Apparat, den Chrobak construirt hat, trägt auf einer horizontal einstellbaren Fussplatte zwei vertikale Säulen. Diese Säulen sind mit verschiebbaren Hülsen versehen, die einen zur Markirung dienenden Stahlstab haben. Zwischen den Säulen wird das Becken in physiologischer Haltung befestigt und die Spitzen der Stahlstäbe werden auf das Promontorium, den oberen Symphysenrand und den Processus spinosus des 5. Lendenwirbels eingestellt. Die messbaren Abstände der Metallstäbe von einander und ihre Höhendifferenz als Hypothenuse und Kathete auf ein rechtwinkliges Dreieck bezogen, gestatten auf trigonometrischem Wege die Berechnung des Neigungswinkels der Conj. externa und den der vera zur Horizontalen.

Die Neigung der durch die Conj. externa gelegten Ebene zum Horizonte betrug an den macerirten Becken im Mittel 45.06°, an den frischen Becken 46.63°. Die Neigung der durch die Conj. vera gelegten Ebene zum Horizonte entsprechend 51.38° und 51.81°. Die Differenz beider Neigungwinkel betrug demnach 6.32°, bez. 5.18° zu Gunsten der letzteren, d. h. beim normalen Becken ist die Neigung der Conj. vera um etwa 5¹/₄° grösser als jene der Conj. externa. Diese letztere Grösse aber lässt sich mit Hülfe des Chrobak'schen Apparates leicht gewinnen, wenn man die Person in gerader Haltung zwischen die Säulen bringt und die Stahlstäbe auf den oberen Symphysenrand und den letzten Dornfortsatz der Lendenwirbel einstellt. Bei der Berechnung ist allerdings die Form des Beckens zu berücksichtigen. Die 5¹/₄° gelten nur für das normale Becken. Beim rhachitisch platten Becken giebt durchschnittlich die Neigung der Conj. ext. auch die der Conj. vera an, in allen anderen Fällen ist die Differenz vergrössert; am wenigsten vergrössert beim „grossen" Becken, in höherem Grade beim einfach platten und beim allgemein verengten Becken, dagegen ist sie excessiv gross beim nicht verengten, aber doch die Charaktere der Rhachitis an sich tragenden Becken. Brozin (Dresden).

308. **Ueber einen Fall von schrägverengtem Becken, bedingt durch Ankylose im Ileosacralgelenke mit gleichzeitiger Hüftgelenkluxation derselben Seite. Entbindung durch Kaiserschnitt**; von Dr. Hugo Salus in Prag. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 1. 1896.)

Eine starke Verengerung der linken Beckenhälfte machte sich bei der Operirten sowohl in den schrägen Durchmessern des Eingangs, als in dem queren des Ausgangs geltend. Auffallend ist aber, dass auf der verengten Seite, also links, eine Hüftgelenksluxation nach oben und hinten bestand, die anscheinend im 3. Lebensjahre auf Grund wiederholter Traumen bei bereits vorhandener Coxitis sicca mit Usur des Kopfes entstanden war. Die Ursache für die Verengung der linken Beckenhälfte ist eben nicht in der Luxation des Schenkelkopfes, sondern in einer gleichzeitig vorhandenen Ankylose des Ileosacralgelenke zu suchen, die ihrerseits, wie tastbare Exostosen erkennen lassen, auf überstandene Caries zurückzuführen ist. Aehnliche Becken, wie das hier an der Lebenden beobachtete, sind von Küstner und Mennel anatomisch untersucht worden.

Brosin (Dresden).

309. **Et Tilfälde af spondylolisthetisk Bäkken**; af Dr. B. Vedeler. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 8. S. 833. 1896.)

Eine 32 Jahre alte Frau klagte über Schmerzen im Leibe, die sie hinderten, aufrecht zu gehen. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule fanden sich eine mässige Lordose und ein eigenthümlich prominirender oder knotiger Zustand des oberen Theiles des Os sacrum, ohne dass hier Empfindlichkeit gegen Druck bestand. Bei der Untersuchung der Lendenwirbelsäule von der sehr schlaffen Bauchwand aus fand sich, dass der Körper des 5. Lendenwirbels zum Theil über den oberen Theil des Os sacrum herabgeglitten war. Bei der Untersuchung von der Vagina aus wurde dieses Verhältniss noch deutlicher. Die Conjugata diagonalis betrug ungefähr 11 cm, die Conjugata vera folglich wenig über 9 cm, sie war also nur ungefähr 1 cm oder wenig darüber zu kurz. Die Frau hatte 7 Monate vorher ihr zweites ausgetragenes Kind verhältnissmässig leicht geboren, wie es scheint, nur durch die natürlichen Kräfte. Ihr 1. Kind, das 9 Wochen zu früh geboren worden war, wurde dagegen mit der Zange extrahirt, angeblich wegen Wehenmangel.

In Bezug auf die Entstehung liess sich nicht viel Bestimmtes erfahren. Im Alter von 16 Jahren hatte die Frau an Rheumatismus mit Schmerzen im Rücken gelitten, später sollte sie eine Nierenkrankheit mit Geschwulst und Schmerzen im Rücken durchgemacht haben und nach dieser Zeit sollte ihr das Gehen schwer geworden sein und diese Schwierigkeit sollte in der letzten Zeit zugenommen haben.

Walter Berger (Leipzig).

310. **Ueber die Verwendbarkeit des Phonendoskopes von Bianchi und Pazzi in der Geburtshülfe**; von Dr. Ludwig Knapp. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 46. 1896.)

K. hat das Phonendoskop namentlich zur Auskultation der kindlichen Herztöne erprobt und ist dabei unter Anderem zu dem Ergebnisse gekommen, dass die Diagnose der Zwillingschwangerschaft unter Berücksichtigung der übrigen für sie geltenden Kennzeichen durch geeignete Anwendung des Phonendoskops mit Sicherheit gestellt werden kann. Das Phonendoskop hat sich nach K. für gewisse klinische Zwecke zwar als brauchbar und zweckmässig erwiesen, doch wird sich der praktische Geburtshelfer seiner Ansicht nach auch ohne dieses Instrument jederzeit zu behelfen wissen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

311. **Zur Diagnose der Zwillingsschwangerschaft**; von Ahlfeld. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 180. 1896.)

In einem Falle von Beckenenge, in dem die künstliche Frühgeburt eingeleitet werden sollte, war es von grosser Wichtigkeit, eine etwa bestehende Zwillingschwangerschaft sicher zu constatiren, da diese die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft contraindicirte. Die Diagnose von Zwillingen wurde in diesem Falle durch *gleichzeitiges Auskultiren zweier Personen* festgestellt, indem links und rechts wiederholt eine volle Minute auskultirt und verschiedene Frequenz der fötalen Herztöne constatirt wurde. Es wurde der Eintritt der Spontangeburt abgewartet, und die Frau gebar einen lebenden Knaben von 2210 g und ein lebendes Mädchen von 2010 g.

In der allgemeinen Praxis ist man in Ermangelung eines zweiten zuverlässigen Beobachters oft auf die Methode der *abwechselnden Auskultation* beschränkt; bei Benutzung dieser Methode ist es nach A. von grosser Wichtigkeit, dass Mutter und Kind so wenig wie möglich bewegt werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

312. **Zur Lehre von den Placentarverhältnissen und den placentaren Gefässverbindungen eineiiger Zwillinge**; von Dr. Sigmund Gottschalk in Berlin. (Arch. f. Gynäkol. LI. 3. p. 389. 1896.)

Nach Küstner u. A. sollen Verschiedenheiten in der Placentainsertion einen nachhaltigen Einfluss auf die Entwickelung der Zwillinge ausüben, nach Schatz soll dies nicht der Fall sein, da in der Regel der „dritte Kreislauf" ausgleichend wirke. Erstere Anschauung wird von S. durch einen ausführlich beschriebenen Fall unterstützt.

Eine 20jähr. Frau war mit Zwillingen schwanger. Im 9. Monate entwickelte sich innerhalb 14 Tagen eine enorme Ausdehnung des Abdomens durch Hydramnios, die zu starker Albuminurie und Frühgeburt führte. Die erste Frucht mit Hydramnios war kräftig entwickelt, besass eine dicke Nabelschnur, die central inserirt war, und einen $^{3}/_{5}$ der Gesammtplacenta ausmachenden Placentatheil. Die zweite sterbend geborene Frucht war nur von wenigen Esslöffeln Fruchtwassers umgeben, sie war an Kopf, Hals, Brust und Bauch ödematös, ihr Herz klein; die kurze welke Nabelschnur inserirte marginal, eine ihrer Arterien war thrombosirt. Der zum 1. Kinde gehörige Placentaantheil bot den Anblick einer gesunden gefäss- und blutreichen Placenta. Der dem 2. Kinde gehörige Placentarest war ödematös, blass, blut- und gefässarm. Ganze Partien waren nekrotisch. Zwischen beiden Placentaabschnitten schob sich eine deciduale Scheidewand ein (bester Beweis gegen das Vorhandensein eines dritten capillaren Kreislaufes!). Nur ein einziger arterieller Ast der Choriongefässe des 1. Kindes bildete eine feine, fest capilläre Anastomose mit einem Aste der Nabelvene des 2. Kindes.

Die Verschiedenheiten in dem feineren und gröberen Bau der Placentahälften und in der Ent-

wickelung der Früchte sind auf eine Steigerung der Herzenergie der polyhydramniotischen und ein abnormes Sinken der oligohydramniotischen Frucht zurückzuführen. Als Folge der gesteigerten Herzenergie (Kind 1) ist die starke Schlängelung, Vermehrung und Erweiterung der Zottencapillaren und damit im unmittelbaren Zusammenhang die sekundäre Eroberung von Placentagebiet zu betrachten. Als Folge der ungenügenden Herzenergie (Kind 2): äusserst dürftige Vaskularisation der Zotten, vitale Thrombosirung einer Nabelschnurarterie, ödematöse Erkrankung der Frucht, ungenügende Entwickelung von Gefässverbindungen zwischen beiden Placentakreisläufen. Die primäre Ursache für das Missverhältniss in der Herzenergie beider Früchte ist darin zu suchen, dass die eigentliche Eiheftstelle ausschliesslich dem 1. Kinde zu Gute kam, das 2. Kind dagegen ausschliesslich in der Decidua capsularis seinen Nährboden fand.

Brosin (Dresden).

313. **Eineiige Zwillingsplacenta; velamentöse Insertion; Verblutung beider Früchte unter der Geburt**; von Dr. Ludwig Knapp in Prag. (Arch. f. Gynäkol. LI. 3. p. 586. 1896.)

Der Geburt ging eine mehrstündige lebhafte Blutung voraus, die aus einem beim Blasensprunge zerrissenen Gefässe der einen velamentös inserirten Nabelschnur stammte. Beide Kreisläufe waren durch oberflächliche Anastomosen verbunden, wodurch die Verblutung auch des 2. Kindes ihre Erklärung findet. Brosin (Dresden).

314. **Angioma myxomatodes disseminatum placentae**; von R. Mars in Krakau. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. p. 229. 1896.)

24jähr. Erstgebärende. Letzte Regel am 12. Januar 1895. M. sah die Kr. im 6. Schwangerschaftmonate und fand Hydramnios bei allgemein gleichmässig verengtem Becken. Nach 2 Mon. wurde eine Zwillingschwangerschaft mit Absterben einer Frucht als wahrscheinlich angenommen. Vom 23. August ab Fieber (40.2°). Am 30. August, 4 Uhr Nachm., Geburt eines Knaben von 38 cm Länge und 1500 g Gewicht, 20 Minuten später 2. Blasensprung, der über 10 Liter Fruchtwasser entleerte. Geburt eines leicht macerirten Knaben. Nachgeburt nach 12 Stunden geboren. Vom 1. September an kein Fieber und leichte Schmerzhaftigkeit der Blinddarmgegend.

Die Nachgeburt wies 2 Chorion, 2 Amnion auf. An der Nachgeburt der abgestorbenen Frucht gingen von der am Rande ansetzenden Nabelschnur 2 Gefässe aus, eine wallnussgrosse kirschrothe Geschwulst einschliessend, die sich leicht ausschälen liess. Beim Durchschneiden fanden sich in beiden Theilen des Mutterkuchens hirsekorn- bis haselnussgrosse Gesobwülste. Alle diese Geschwülste zeigten den Bau einer Gefässgeschwulst, und zwar bestanden sie aus einem Knäuel von zusammengeklebten angiomartig entarteten Zotten, die an ihrer Oberfläche nur durch eine strukturlose Lage bekleidet waren.

J. Praeger (Chemnitz).

315. **Zur Aetiologie der vorzeitigen Ablösung der Placenta vom normalen Sitz. Endometritis decidualis gonorrhoica**; von W. Maslowsky in Petershurg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. p. 212. 1896.)

22jähr. Frau. Letzte Regel am 17. März 1895. Vom 4. Monate ab stark ätzender Ausfluss. Der Ehemann war 7 Monate vor der Verheirathung gonorrhoisch angesteckt. Am 1. December nach einer körperlichen Erschütterung Schmerzen und starke Blutung. M. fand die Gebärmutter stark gespannt und sehr empfindlich. 2. Schädellage. Harn eiweissfrei. Scheidentheil 1 cm lang. Der Muttermund geschlossen. Der Zustand besserte sich und am 13. Dec. erfolgte ohne stärkere Blutung die Geburt eines Knaben von 2900 g Gewicht. Nabelschnur 2mal um den Hals geschlungen. Vorher war keine Nachgeburt vorliegend zu fühlen, sie wurde nach 20 Minuten ausgedrückt. Während der Geburt und mit der Nachgeburt wurden dunkelrothe Gerinnsel ausgestossen. In den ersten 3 Tagen Abends Temp. 38.3°, dann normal.

Im Wochenbette wurde aus der Gebärmutterhöhle Sekret entnommen, das Gonokokken enthielt. Am Rande des Fruchtkuchens (Placent. marg.) fand sich ein festes Blutgerinnsel. Unter diesem eine ovale Vertiefung (fast 9 cm im Durchmesser). Mikroskopisch fanden sich im Bereiche dieser Stelle einzelne Blutaustritte in der Decidua basalis. Die Zotten erschienen durch den Druck eng aneinander gelagert, meist epithellos. Am Rande des Fruchtkuchens fand sich die Decidua basalis stark mit runden Zellen durchsetzt. Bei Untersuchung auf Bakterien fand M. in der Decidua vera Gonokokken.

M. meint, dass in seinem Falle durch die Endometritis decidualis gonorrhoica die Verklebung des Fruchtkuchens mit der Gebärmutter so gelockert wurde, dass durch körperliche Erschütterung und kurze Nabelschnur es leicht zu Blutungen und Ablösung des Fruchtkuchens in der Schwangerschaft kommen konnte. J. Praeger (Chemnitz).

316. **Zur Behandlung der Placenta praevia**; von Dr. J. Füth in Coblenz. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 36. 1896.)

Um die Resultate der allgemeinen Praxis, speciell der Landpraxis, kennen zu lernen, wandte sich F. an die Hebammen des Kreises Coblenz. 24 Hebammen berichteten über 50 Fälle. Von den Müttern starben 19 (38%), vor der Entbindung 2, während derselben 2, an Nachblutung 4, an Puerperalfieber 6, an den Folgen des vorangegangenen Blutverlustes 4; 1 Frau starb nach ärztlicher Angabe aus unbekannter Ursache. Von den 53 Kindern wurden 32 todt geboren, 7 starben innerhalb der ersten 22 Stunden, 3 innerhalb 9 Tagen, 11 (20.8%) blieben nur am Leben. In 12 Fällen (darunter 2 Todesfälle, 16.6%) schlossen sich an die erste Blutung sofort Geburtswehen an, in 38 Fällen (darunter 17 Todesfälle, 44.7%) lagen zwischen der ersten Blutung und der Geburt Tage, Wochen und Monate; in 13 dieser Fälle wurde nicht tamponirt, in 25 Fällen Tamponade, gewöhnlich mit Watte, 5mal vom Arzt allein, 14mal von der Hebamme allein, 6mal von Beiden, 34mal Wendung und Extraktion, 2mal Extraktion, 1mal Zange; 9mal spontane Geburt, davon 3mal ohne Anwesenheit des Arztes, 2 Mütter starben unentbunden. Nur in 3 Fällen sichere combinirte Wendung. Wegen der schlechten Resultate schlägt F. vor: 1) sofort nach gestellter Diagnose die künstliche Geburt einzuleiten, 2) diese Einleitung mittels intrauteriner Kolpeurysse nach Blasensprengung vorzunehmen. Glaeser (Danzig).

317. **Ein Verfahren zur Behandlung der Placenta praevia (centralis)**; von Dr. Nyhoff in Amsterdam. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 405. 1896.)

N. empfiehlt, die Placenta während der Eröffnungsperiode vom Amnion zu lösen, damit sie dann den Veränderungen des Gebärmuttermundes folgen kann. Dieses Verfahren, dass man im Anfange der Eröffnung die Placenta durchbohrt und sie vom Amnion ablöst, ist nach N. leicht anzuwenden bei Placenta praevia *centralis*, wenn nur das Amnion eine gewisse Festigkeit hat. Bei brüchigem oder zu fest mit der Placenta verwachsenem Amnion empfiehlt auch N. die combinirte Wendung und das Herabholen eines Beines. Bei Placenta praevia lateralis und beim Fehlen kräftiger Wehen ist N.'s Verfahren nicht anzuwenden; hier tritt die Sprengung der Blase, bez. die Tamponade in ihr Recht.

N. rühmt seinem Verfahren folgende Vortheile nach: kein störendes Eingreifen in den natürlichen Gang der Geburt, Combinirbarkeit der Methode mit der aseptischen Scheidentamponade, Durchführbarkeit ohne Narkose, Vermeidung zu schneller Extraktion und deshalb auch Vermeidung von Cervixrissen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

318. **Ein weiterer Fall von Luftembolie bei Placenta praevia**; von W. Lesse. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 184. 1896.)

Aus der Berliner Universitäts-Frauenklinik sind bis jetzt 3 Fälle von Luftembolie bei Placenta praevia veröffentlicht worden, der letzte im Jahre 1894 von Heuck (Jahrbb. CCXLII. p. 256). L. berichtet über einen neuen Fall.

Viertgebärende, Placenta praevia. Um weiterer Blutung vorzubeugen, wurde bei für 2 Finger durchgängigem Muttermunde in leichter Chloroformnarkose die Blase gesprengt und ein Fuss herabgeholt. Placentagewebe war dabei nur am rechten vorderen Rande fühlbar. In dem Augenblicke, als der Fuss angeschlungen wurde, setzten Puls und Athmung für kurze Zeit aus; die Athmung kehrte bald wieder, blieb jedoch oberflächlich und schnappend. Lippen cyanotisch, Gesichtsfarbe livide, Sensorium benommen, Puls 40. Trotz Aetherinjektionen, Kochsalztransfusion, Einleitung der künstlichen Athmung nach etwa 5 Stunden Tod. Der Fötus war unterdessen gleichfalls abgestorben. Bei der *Sektion* fand sich im rechten Ventrikel eine grosse Menge kleiner und grosser Luftblasen. Aus einzelnen kleineren Aesten der Lungenarterien liess sich ebenfalls Blut mit Gasblasen untermischt ausdrücken.

Es handelte sich im vorliegenden Falle um eine Placenta praevia marginalis; nur an einer einzigen ca. 1-Markstückgrossen Stelle war die Placenta von der Uteruswand gelöst. L. erklärt den Tod durch Luftembolie so, dass die durch die Hand in die Scheide und höher heraufgebrachte Luft bei der Wendung mechanisch in die offen daliegenden Gefässlumina gepresst worden ist.

Die Thatsache, dass die Kranke noch 5 Stunden nach dem Lufteintritte gelebt hat und dann noch daran zu Grunde gegangen ist, lässt nach L. den Fall als einen ganz ungewöhnlichen, vielleicht als ein Unicum erscheinen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

319. **Giebt Tympania uteri eine Indikation zur Entfernung des Uterus in partu?** von F. Ahlfeld. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 171. 1896.)

In Anknüpfung an eine wegen ihrer Indikationstellung allgemein verurtheilte, von Esser ausgeführte Porro-Operation stellt A. die folgenden Fragen zur Diskussion: *Ist Tympania uteri in der Geburt eine Indikation für den Kaiserschnitt (Porro)? Hat der Arzt das Recht, zwecks Sterilisirung der Frau den Kaiserschnitt auszuführen und den Uterus abzutragen?*

Seine eigene Ansicht spricht A. folgendermaassen aus: „Bei Tympania uteri in partu ist der Geburtshelfer nur selten in der Lage, die Prognose quoad vitam mit Sicherheit zu stellen. Daher dürfen wir auch nach unseren jetzigen Kenntnissen nicht behaupten, dass im Einzelfalle die Wegnahme des Uterus eine lebensrettende Operation sei. Vielmehr liefert die Entbindung per vias naturales mit nachfolgender Auswaschung des Uterus selbst in schweren Fällen nicht selten die günstigsten Resultate." Ist die Blutvergiftung so weit vorgeschritten, dass der erfahrene Arzt die Prognose ganz ungünstig stellt, dann hilft nach A. auch die Wegnahme des Uterus nichts mehr. Zur Auswaschung des Uterus empfiehlt A., 5proc. Alkohol zu mehreren Litern durch die Uterushöhle laufen zu lassen.

Bezüglich der zweiten Frage sieht A. das erstrebenswerthe Ziel für jeden Geburtsfall ausnahmelos darin, dass man Mutter und Kind gesund über das Wochenbett hinwegbringt, ohne dass dabei die Genitalorgane für ihre weiteren Leistungen eine Einbusse erlitten haben. Dies gilt auch in Hinsicht auf eine etwa neu eintretende Schwangerschaft.

Nur für die Fälle, in denen die Wegnahme des Uterus in der oder im Anschlusse an die Geburt direkt lebensrettend wirkt und in denen die Wegnahme des Uterus auch unabhängig von der Geburt als Heilverfahren einer bestehenden Krankheit angezeigt ist, hält A. die Ausführung des Porro'-schen Kaiserschnittes oder die statt dessen vorgeschlagene Totalexstirpation für berechtigt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

320. **Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera**; von Dr. F. Schnell in Würzburg. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. p. 199. 1896.)

31jähr. Erstgebärende. Am 9. Jan. 1896 Abfluss des Fruchtwassers. Am 10. Jan. starke Wehen, Nachmittags Vorfall einer Hand. Schn. fand Abends eine Stellung I b bei plattem Becken (Conj. diag. 10.5, Conj. vera 8.25). Keine Tympanie. Da ein Wendungsversuch wegen starker tetanischer Spannung der Gebärmutter misslang, wurde die Kreissende in die Klinik überführt. Morphium, feuchtwarme Umschläge.

Am 11. Jan. 1 Uhr Morgens tympanitischer Beiklang des Perkussionsschalles über der Gebärmutter. 11 Uhr Vormittags in der Klinik Wendung. Abgang von Gasen. Perforation des nachfolgenden Kopfes. Fruchtwasserreste stinkend. Blutung. Entfernung der Nachgeburt. Lysolspülung. Keine Nachblutung, trotz Erschlaffung der Gebärmutter. Massage. Von 2 Uhr Nachmittags ab Verfall der Kräfte. Heisse Gebärmutterspülung, Jodoformgazetamponade, Kochsalzinfusion u. s. w. $^{1}/_{4}$ Uhr Tod.

Bei der Leichenöffnung ergab sich keine grössere Verletzung. Beim Durchschneiden der grossen Gefässstämme an der Herzbasis fand man reichliche Vermischung des Blutes mit Luftblasen, ferner Luftblasen in den perikardialen Gefässen, in den Gefässen der Lunge, weniger in Bauchaorta, Milz und Leber.

Eine bakteriologische Blutuntersuchung wurde nicht gemacht. Schn. kann daher die Frage nach der Ursache der Gasblasen im Blute nicht mit Sicherheit beantworten. Die Annahme einer Diffusion der Gase aus zersetztem Fruchtwasser während der Geburt, sowie die Annahme, dass es sich um Aufnahme von Fäulnissgasen nach der Geburt handeln könne, widerlegt er. Am wahrscheinlichsten ist es ihm, dass die Gasblasen atmosphärische Luft sind, die bei der Massage der Gebärmutter in die offenen Venensinus hineingepresst wurde.

J. Praeger (Chemnitz).

321. **Om extrauterin Graviditet**; af Dr. C. Studsgaard. (Nord. med. ark. N. F. VI. 4. Nr. 17. 1896.)

Im Kommunehospital in Kopenhagen sind in den letzten 20 Jahren nur 18 Fälle von Extrauterinschwangerschaft vorgekommen; es ist aber möglich, wohl sogar wahrscheinlich, dass bei manchen Frauen, die unter der Diagnose Hämatocele behandelt wurden, dieser Zustand in latenter Form vorgekommen ist, wobei die Schwangerschaft in einem frühen Stadium abgebrochen wurde durch Ruptur mit Resorption und Heilung, ohne dass man die eigentliche Ursache der Blutung zu erkennen vermochte.

Die Mehrzahl der von St. mitgetheilten Fälle betrifft Tubenschwangerschaft in einem frühen Stadium, manchmal auch in späteren Stadien (Graviditas tubo-uterina s. interstitialis, Graviditas tubaria im engeren Sinne und Grav. tubo-abdominalis), kein einziger Fall von Ovarienschwangerschaft befand sich darunter. Ein Fall scheint St. als ein Beispiel von primärer Abdominalschwangerschaft zu deuten zu sein; es wurde die Laparotomie mit Exstirpation des Fruchtsacks ausgeführt; dieser mit der in ihm eingeschlossenen Frucht schien nicht älter als 6 Wochen zu sein, eine Verbindung zwischen den Tuben oder Ovarien und dem Fruchtsacke konnte aber nicht nachgewiesen werden.

Von den 18 Frauen waren 4 im Alter von 20—30 Jahren, 14 im Alter von 30—40 Jahren, was mit Hennig's Statistik übereinstimmt. Ebenso findet sich die Angabe, dass Mehrgebärende mehr ausgesetzt sein sollen, als Erstgebärende, bestätigt, denn 17 hatten schon vorher geboren (8 von ihnen 1mal, je 3 2- oder 3mal, 2 4mal, 1 7mal), in einem Falle konnte, da die Pat. collabirt zur Aufnahme kam, keine Aufklärung erhalten werden.

Bei 13 von den 18 Frauen trat eine, am häufigsten sickernde Blutung auf, einige Male gingen dabei Decidnafetzen ab und bei einer Pat. ging ein Ausguss der Uterushöhle als ein ganzer Deciduasack ab. Dysurie, die durch den Druck des Uterus von hinten und unten nach vorn und oben auf die Blase verursacht wird, ist bei 8 erwähnt.

In manchen Fällen wird die Schwangerschaft in den ersten Monaten durch eine Ruptur des Eisackes unterbrochen und die Pat. collabiren in Folge von innerer Blutung und kommen in Lebensgefahr. Als Beispiel dafür, dass eine Ruptur überstanden und die Schwangerschaft, wenigstens eine Zeit lang, fortgesetzt werden kann, ist ein Fall zu betrachten, in dem die Frau im 3. Monate einer Tubenschwangerschaft an einer zweiten Ruptur starb. Ausser der frischen Ruptur, die den Tod herbeigeführt hatte, wurde eine mit Blut und organisirtem Gerinnsel gefüllte erbsengrosse Höhle am Ende der Tuba gefunden und im Beckenboden lagen flüssiges Blut und in Organisation begriffene Gerinnsel; die Schwangerschaft war durch die erste Ruptur nicht unterbrochen worden. Auch in einem anderen Falle fand sich ausser einer frischen Ruptur der Tuba eine ältere, agglutinirte in der Nähe. Chronisch peritonitische Exsudate, die sich um das Ei herum ablagern und deren Gefässe sehr dünne Wände haben, die leicht zerreissen, können ebenfalls Veranlassung zu Blutung werden; die Zerreissung kann spontan oder bei dem geringfügigsten Trauma (z. B. vermehrte Peristaltik) eintreten; eine Pat. collabirte nach einer Untersuchung, eine andere, nachdem sie sich im Bett aufgerichtet hatte.

In 6 von den 18 Fällen hatte die Schwangerschaft länger als 4 Monate (sehr verschieden lange) gedauert, theils mit lebender, theils mit abgestorbener Frucht oder mit Suppuration; 12 sind mehr gleichartige Beispiele von Extrauterinschwangerschaft in den ersten 3—4 Monaten und als solche besonders geeignet, die Erfolge der seit einigen Jahren in beiden chirurg. Abtheilungen des Krankenhauses nach gleichen Principien geleiteten Behandlung, der Exstirpation des Eies, darzuthun. Von den 12 Frauen starben 3 an innerer Blutung nach Ruptur des Eisackes, ohne operirt worden zu sein (in den Jahren 1880, 1885 und 1887). Die anderen 9 Pat. wurden durch Laparotomie mit Exstirpation des Eies geheilt; von diesen wurden 4 wegen Ruptur (Collaps mit intraperitonäaler Blutung) operirt, 5 bei Wahrscheinlichkeitdiagnose.

Ob die Laparotomie der neuerdings empfohlenen vaginalen Operation vorzuziehen sei, lässt sich vor der Hand nur mit Vorbehalt entscheiden. Je kleiner das Ei ist und je tiefer es im Becken liegt, desto bessere Aussichten dürfte die vaginale Operation bieten, wenn aber das Ei gerissen ist oder während der Operation reisst, dürfte die Schwierigkeit, die Operation gut zu Ende zu führen,

bei der vaginalen Operation bei Weitem grösser sein, als bei der Laparotomie. Wie bei so mancher anderen Operation kommt es auch hier wohl vorzugsweise auf die Uebung an; der minder vorzügliche Operateur wird bei der Incision über der Symphyse besser controliren können, was zu geschehen hat und wie es auszuführen ist, als bei der Operation von der Vagina aus. Auch Leopold Mayer's statistisches Material bestätigt, dass die Laparotomie von den Meisten als zuverlässiger vor der vaginalen Operation vorgezogen wird.

Die Punktion des Eies mit Injektion von Medikamenten oder ohne solche, um die Frucht zu tödten und sammt dem Fruchtsack zur Schrumpfung oder mehr oder weniger vollständiger Resorption zu bringen, hat den Erwartungen nicht entsprochen und wird von Manchen widerrathen.

Walter Berger (Leipzig).

322. **Uterint hafvandeskap efter förutgången tubargraviditet**; af Otto Engström. (Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1006. 1896.)

1) Eine 28 J. alte Frau hatte am 10. Dec. 1886 ein lebendes Kind geboren. Im Puerperium bekam sie Fieber, Empfindlichkeit in der Magengrube, meistens nach rechts zu, die auch später noch fortdauerte. Die Menstruation war regelmässig, aber geringer als früher und mit heftigen Schmerzen verbunden. Seit einiger Zeit litt die Kr. an Fluor albus. Seit Juni 1891 hatte die Menstruation ausgesetzt, im August ging ein braunschwarzer blutiger Ausfluss aus den Genitalien ab mit heftigem Schmerz in der Magengrube. Bei der Untersuchung am 22. August fand sich der Uterus anteflektirt, unbedeutend verschiebbar, nicht erwähnenswerth vergrössert. Die Portio vaginalis war nicht nennenswerth vergrössert, nicht auffällig weich, der Muttermund weit, schwacher Blutabgang aus ihm. Die linken Anhänge zeigten keine Veränderung. Hinter dem Uterus und nach rechts von ihm fand sich eine halbweiche, nicht bewegliche, empfindliche Masse von der Grösse einer kleinen Faust, mit dieser Masse hing die schon am Uterushorn etwas verdickte rechte Tuba zusammen. Es wurde Graviditas tubaria dextra diagnosticirt. Die Blutung hörte nach einigen Tagen auf, kam aber wieder, war jedoch nie stark. Am 12. September hatte die halbfeste Masse hinter dem Uterus und nach rechts von ihm an Grösse zugenommen und füllte die ganze rechte Seite des kleinen Beckens und reichte auch etwas in die linke Seite.

Am 13. September wurde bei Chloroformnarkose der Bauchschnitt in der Linea alba gemacht. Das kleine Becken war von schwarzen Blutgerinnseln und etwas flüssigem Blute ausgefüllt, Dünndarmschlingen adhärirten mit einander, mit dem Uterus und mit der rechten Tuba, liessen sich aber leicht mit der Hand lösen. Die geborstene rechte Tuba sammt dem unlöslich adhärirenden Ovarium wurden unterbunden und exstirpirt. Die linke Tuba und das linke Ovarium waren gesund, aber von Pseudomembranen umgeben, die gelöst wurden. Die rechte Tuba erweiterte sich etwa 3 cm vom Uterus zu einem hühnereigrossen Knollen, Ampulla und Infundibulum zeigten nur etwas Verdickung ihrer Gewebe. An der hinteren Seite der erweiterten Stelle bestand ein Riss in der Tubenwand, in dem schwarzes Coagulum zum Vorschein kam, das eine ovale Höhle füllte, an deren Wänden sich Chorionvilli befanden. Die Heilung war ungestört und am 8. Oct. wurde die Operirte gesund entlassen.

Etwas über $1^1/_2$ J. später wurde die Operirte wieder schwanger und gebar am 23. März 1894 ein ausgetragenes lebendes Kind.

2) Eine 20 J. alte Frau hatte im Alter von etwa 17 J. einen Abortus im 2. Monate gehabt und am 11. Juni 1893 ein ausgetragenes lebendes Kind geboren. Das Puerperium verlief ohne Störung. Die Menses traten seitdem alle 14 Tage auf und dauerten 12—13 Tage. Seit 3 J. litt Pat. an Schmerzen in der linken Iliacalgegend, die immer vorhanden waren, aber zu Zeiten zunahmen oder abnahmen. Seit ungefähr 5 Wochen war stetige Blutung aus den Genitalien hinzugetreten. Die Menstruation war nicht über die gewöhnliche Zeit ausgeblieben. Am 5. Jan. 1895 fand sich bei der Untersuchung der Uterus etwas weich, vergrössert (8.5 cm innere Länge), schwach anteflektirt, etwas nach hinten gelegen, nicht verschiebbar. Die Portio vaginalis war vergrössert, weich, aus dem Muttermund floss Blut. Nach links vom Uterus, durch eine sehr seichte Furche von ihm getrennt, fühlte man eine halbfeste, nicht fluktuirende, nach oben bis zur Mitte zwischen Nabel und Symphyse sich erstreckende, nach unten den Fornix hinten und links ausbuchtende, abgerundete, bedeutend empfindliche Tumormasse, grösser als eine Faust, deren Scheitel sich am 11. Jan. bis 2 quere Finger unterhalb des Nabels erhoben hatte. Es trat Harnretention ein, so dass der Harn mit dem Katheter abgezapft werden musste. Schmerz im Unterleib und kolikartige Schmerzen traten auf. Es wurde Graviditas tubaria sin. diagnosticirt.

Bei der am 15. Jan. 1895 ausgeführten Operation fand sich die ganze linke Seite mit Blutgerinnseln erfüllt, die Därme und das Omentum waren durch Adhäsionen, die sich schwer lösen liessen, an einander, an den Fundus uteri und an die linke Tuba geheftet. Die linke Tuba liess sich schwer von den Adhäsionen lösen und wurde nach mehrfacher Ligatur exstirpirt. Ein Stück von der Tubenwand musste an einer Darmschlinge gelassen werden, die schwarzblau war; um diese Stelle wurde ein Stück Omentum geschlagen und mit feinen Catgutsuturen an der Serosa des Darms fixirt. Rechte Tuba und rechtes Ovarium waren gesund. Der mittlere Theil der linken Tuba zeigte sich unbedeutend verdickt; in der Mitte war die Tuba geborsten und hier enthielt sie ein an der Wand festsitzendes, theilweise organisirtes Coagulum, grösser als ein Hühnerei, die Wand der Tuba war an dieser Stelle nicht verdickt, das Infundibulum fast geschlossen. Es stellte sich eine leichte Cystitis ein, zu der sich eine leichte Enteritis gesellte. Ausserdem ging die Heilung gut von statten und am 1. Febr. wurde die Frau entlassen.

Am 4. Nov. 1896 untersuchte E. die Frau wieder. Die letzte Menstruation hatte Anfang August stattgefunden. Der Uterus war vergrössert und weich, wie im 4. Schwangerschaftmonate, normal anteflektirt und beweglich, die Portio vaginalis weich, leicht bläulich roth, die Vagina aufgelockert, leicht bläulich roth. Die Umgebung des Uterus war frei von Empfindlichkeit und Infiltraten. Die Schwangerschaft war bis dahin von keinen Störungen begleitet gewesen. Walter Berger (Leipzig).

323. **Upprepadt tubarhafvandeskap hos samma qvinna**; af Toivo Forsström. (Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 9. s. 739. 1896.)

Von wiederholter Tubenschwangerschaft bei derselben Frau hat F. in der Literatur 19 sicher constatirte Fälle aufzufinden vermocht, denen er einen neuen von Prof. Engström beobachteten hinzufügt, in dem die Schwangerschaft erst in der einen und dann in der anderen Tuba stattfand.

Die 33 J. alte Frau hatte im Alter von 21 J. ein ausgetragenes lebendes Kind normal geboren, das Wochenbett war normal verlaufen. Vor ungefähr 2 Jahren waren die Menses 6—7 Wochen ausgeblieben, dann begann eine Blutung, die nahezu 4 Wochen anhielt, gleichzeitig hatte Pat. anfallsweise auftretende Schmerzen in der linken Iliacalgegend. Einige Monate danach war die Menstruation wieder regelmässig. Im April 1896 war

die letzte Menstruation aufgetreten. Am 6. Juni begann eine Blutung, die fortdauerte bis zur Untersuchung durch Prof. Engström am 26. Juni. Dabei hatte die Pat. zeitweise etwas Schmerz in der rechten Iliacalgegend, aber der Schmerz war nicht so heftig wie früher. Die Frau hielt sich anfangs für schwanger, hatte aber keine Uebelkeit. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus anteflektirt, nicht wesentlich vergrössert. Die nicht vergrösserte und nicht erweichte Portio vaginalis stand in stumpfem Winkel gegen die Scheide, das Os uteri ext. war weit. Nach rechts vom Uterus fand sich eine Resistenz von bedeutend mehr Umfang als der Uteruskörper, um das linke Ovarium herum eine diffuse Resistenz.

Am 30. Juni wurde die Salpingotomia dextra und die Ovariosalpingotomia sinistra ausgeführt. Nach rechts und hinten vom Uterus fand sich ein mit einem ungefähr 3 cm breiten Risse an der hinteren Seite des ampullären Theiles des Ovarium in Zusammenhang stehendes Blutgerinnsel, die rechte Tuba bildete an dieser Stelle eine Höhle von 3 cm Durchmesser, die ein dunkles, hellstreifiges, an der Wand festsitzendes Gerinnsel füllte. Bei der Untersuchung mit dem Mikroskop fanden sich Chorionvilli darin. Die linke Tuba bildete an der Ampulla eine Höhle, in der sich eine skelettirte Frucht fand. — Die Heilung verlief ungestört.

Walter Berger (Leipzig).

324. **Om den obstetriciske Behandling af Puerperaleklampsien**; af Dr. Drejer. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 9. S. 885. 1896.)

Im Allgemeinen stimmt D. mit Denjenigen überein, die annehmen, dass die beste Therapie in allen Fällen von Eklampsie vor und während der Geburt darin bestehe, so rasch wie möglich nach dem ersten Anfalle in tiefer Narkose die Frau zu entbinden, und nach deren Meinung der Arzt zu einem derartigen Verfahren nicht allein berechtigt, sondern geradezu verpflichtet ist, weil es die einzige Hülfe ist, durch die auf einen glücklichen Ausgang der Krankheit mit einiger Sicherheit gerechnet werden kann, da die Mutter und sehr oft auch das Kind mit absoluter Sicherheit dadurch aus einer grossen Lebensgefahr gerissen werden. Es kommt nur darauf an, eine Methode zu finden, die keine so grossen Schwierigkeiten bietet, dass sie nicht alle Aerzte ausführen können. Die Methode von Dührssen entspricht nach D. diesen Anforderungen nicht, weil sie nicht ohne alle Gefahren ist und eine gewisse technische Fertigkeit erfordert, die nicht allen Aerzten eigen sein dürfte. D. hält ausserdem die Incisionen nicht für nöthig, um eine rasche Entbindung während der Schwangerschaft oder in einem frühen Geburtstadium herbeizuführen. Dagegen ist nach D. Haultain's Verfahren der manuellen Dilatation der Cervix bei tiefer Narkose des Versuches werth, weil dabei die Incisionen vermieden werden und bei vorsichtigem und ruhigem Vorgehen bei der Operation kaum bedentende oder gefährliche Zerreissungen der Weichtheile hervorgerufen werden können. Gegen die Anwendung des Kolpenrynters ist nach D. im Allgemeinen nichts einzuwenden, nur meint er, in Bezug auf Norwegen, dass das Instrument bei den dort häufigen grossen Temperaturwechseln sehr wenig haltbar sein und bei den seltenen Veranlassungen, es anzuwenden, sehr oft unbrauchbar werden dürfte; er zieht deshalb die Dilatation mit der Hand vor.

D. hat im Laufe der letzten Jahre Gelegenheit gehabt, 3 schwere Eklampsien in den letzten Monaten der Schwangerschaft zu behandeln. In allen 3 Fällen setzte die Eklampsie mit solcher Heftigkeit ein, dass das Schlimmste zu befürchten war und er in einer raschen Entbindung die einzige Aussicht auf einen glücklichen Ausgang erblickte. Bei allen 3 Frauen war die Vaginalportion bis zu 3 cm lang, der äussere Muttermund so weit offen, dass der Zeigefinger sich ohne besondere Schwierigkeit bis zu dem inneren Muttermunde vordrängen liess. Dies wurde bei tiefer Narkose ausgeführt, wonach der ziemlich straffe Rand des Muttermundes nach allen Seiten gedehnt wurde, bis 2 Finger in den Uterus eingeführt werden konnten. Sobald der Muttermund so weit erweitert war, dass er die Herabziehung eines Fusses zu gestatten schien, wurde die Wendung nach Braxton Hicks ausgeführt und ein Fuss in die Scheide geführt nach Sprengung der Häute. Ehe die Extraktion vorgenommen wurde, wurde der Muttermund allmählich bis zu einem Durchmesser von 8 cm dilatirt durch Zug mit dem Finger der einen Hand nach allen Richtungen, während gleichzeitig mit der anderen Hand der Fuss in entgegengesetzter Richtung gezogen wurde. Die Dilatation ging rasch vor sich und leicht genug, ohne dass der Muttermund eingerissen wurde. Nachdem eine genügende Dilatation erzielt worden war, wurde in der gewöhnlichen Weise extrahirt. In keinem Falle traten eher Contraktionen des Uterus ein als unmittelbar nach der Geburt des Kindes. Die Placenta wurde unmittelbar nach der Abnabelung entfernt und dann der Uterus etwa 1 Stunde bimanuell comprimirt, dann traten kräftige und regelmässige Contraktionen auf, die fortdauerten, wenn der Uterus sich selbst überlassen blieb. Die Blutung war sehr gering.

Walter Berger (Leipzig).

325. **Ein Beitrag zur Statistik der Eklampsie**; von Dr. Gustav Schroiber. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 335. 1896.)

In der II. Wiener Gebäranstalt (Chrobak) kamen von 1880—1895 unter 42607 Geburten 137 Eklampsiefälle zur Beobachtung (3.21‰). Von den Müttern waren 109 (79.5%) Erstgebärende, 28 (20.5%) Mehrgebärende. Unter 149 Kindern befanden sich 12 Zwillingspaare; 39 Kinder wurden todt geboren, darunter 25 zu früh. In 23 Fällen (16.78%) trat die Eklampsie ante partum, in 85 (62.04%) sub partu und in 29 (21.16%) post partum auf. Von 13 Frauen, bei denen die Anfälle sich über 24 Stunden hinzogen, starben nur 4; eine lange Dauer des Status eclampticus verschlechtert demnach nicht die Prognose. Neben verschiedenen Nervenstörungen kam 5mal Mania

puerperalis zum Ausbruche. In 64.7% der Fälle ergab sich ein günstiger Einfluss der Entleerung des Uterus auf den Verlauf der Eklampsie, bei Einrechnung der puerperalen Eklampsiefälle sinkt der Procentsatz auf 50.7%. Bei den 78 operirten Frauen hörten die Anfälle nach der Entleerung des Uterus 45mal ganz auf, 4mal folgte nur noch ein Anfall (62.7%). Die Mortalität der Mütter schwankte in den einzelnen Jahren zwischen 0% (bei 3—11 Fällen) und 37.5% (bei 8 Fällen), sie betrug im Mittel 19.7%. Die Mortalität der operativ behandelten Frauen betrug 19.23% gegen 20.33% der spontan Entbundenen. Der von anderen Autoren hervorgehobene günstige Einfluss der operativen Beendigung der Geburt auf die Sterblichkeit kam also nicht wesentlich zur Geltung. Prophylaktisch erhielten alle Haus-Schwangeren mit Eiweiss im Urin Milchdiät; bei Versagen dieser Diät wurde die Frühgeburt eingeleitet. Nach Ausbruch der Eklampsie wurden heisse Bäder, Thee, feuchte Einpackungen und Chloroformnarkose angewandt. Die Geburt wurde möglichst rasch, aber schonend zu Ende geführt; war sie noch nicht eingetreten, so wurde durch Einlegen von Bongies oder des Kolpeurynters die Geburt, bez. die Frühgeburt eingeleitet. Im Allgemeinen bevorzugte man die conservative Behandlung vor einem forcirten Entbindungsverfahren. Brosin (Dresden).

326. Die Ernährung des Kindes im ersten Lebensjahre. *Vortrag, gehalten im Chemiegebäude der Berliner Gewerbeausstellung 1896*; von Dr. O. Mugdan. (Berlin 1896. S. Karger. Gr. 8. 19 S. 50 Pf.)

In klarer Form giebt M. das Wissenswertheste über die Ernährung des Kindes. Die vorgebrachten Anschauungen sind die jetzt allgemein angenommenen und bieten dem Laien, für den das Buch bestimmt ist, eine Fülle beherzigenswerther Rathschläge. Eine allzu skrupulöse Reinigung des Mundes möchten wir nicht zu sehr betonen (Epstein verwirft sie ganz), das sofortige Anlegen des Kindes nach der Geburt dürfte wohl einer provisorischen Darreichung von Kamillenthee in den ersten Tagen vorzuziehen sein, und was die Gefahren einer allzu grossen Verdünnung der Kuhmilch anlangt, so zeigt das Vorgehen von Jacobi und die tägliche Erfahrung, dass damit nicht geschadet wird. Wohl aber wird man eher Gefahr laufen, eine dyspeptische Erkrankung des Säuglings zu bekommen, wenn man, wie M. will, Milch und Wasser zu gleichen Theilen von Anfang an giebt.

Flachs (Dresden).

327. Ueber Eselmilch und Säuglingsernährung; von Dr. R. Klemm in Dresden. (Jahrb. f. Kinderhkde. N. F. XLIII. 4. p. 369. 1896.)

Nach Kl. ist bei der Wahl einer Thiermilch zur künstlichen Ernährung im Allgemeinen ein Theil derselben Forderungen zu stellen, die bei der Wahl einer Amme maassgebend sind, nämlich: 1) Die fragliche Thierart soll gesund und namentlich möglichst frei sein von den auf den Menschen übertragbaren Krankheiten. 2) Sie soll eine dem menschlichen Säugling gesunde, der Frauenmilch möglichst ähnliche Milch erzeugen, und 3) dies in ausreichender Menge.

Wird unter Zugrundelegung dieser Forderungen der Esel auf seinen Werth als „Amme menschlicher Säuglinge" geprüft, so zeigt sich, dass er schon der ersten Bedingung in so vollkommener Weise wie keine andere der in Betracht kommenden Thierarten genügt, denn seine Pathologie ist eine sehr beschränkte. Vor Allem ist *die natürliche Tuberkulose beim Esel unbekannt* und von den anderen auf den Menschen übergehenden Thierkrankheiten wird nur der Rotz erwähnt, der aber in akutester Form auftritt und dann in 14 Tagen zum Tode führt.

Abgesehen von einer geringen Zahl vermeidbarer und heilbarer, nicht in's Gewicht fallender kleiner Uebel, ist der Esel frei von sämmtlichen Krankheiten, die Pferde und namentlich Rinder ergreifen und durch Fleisch- oder Milchgenuss auf den Menschen übertragbar sind. Alle Erfahrungen sprechen dafür, dass der Esel gesunde Säfte, d. h. gesundes Blutserum hat. Wo aber das Blutserum gesund ist, da muss, nach Kl., auch das Milchserum gesund sein.

Die Milch des Esels reagirt alkalisch wie die Frauenmilch, ein bemerkenswerther Unterschied gegen die amphotere, im Sommer schon wenige Stunden nach dem Melken überwiegend saure Reaktion der Kuhmilch. Bezüglich des Gehalts an *Eiweissstoffen*, *Zucker* und *Salzen* steht die Eselsmilch der Frauenmilch näher als irgend eine andere Thiermilch, an *Fettgehalt* steht sie aber nach. Was zunächst die *Eiweissstoffe* anlangt, so ist der Gesammteiweissgehalt in beiden Milcharten fast derselbe: Frauenmilch 1.28%, Eselsmilch 1.46%, Kuhmilch dagegen 3.0%. Ebenso ist das *Mengenverhältniss* des *Albumin-* und *Caseingehalts* in beiden Fällen fast das gleiche: Frauenmilch 1 : 2.40, Eselsmilch 1 : 2.71, Kuhmilch 1 : 10. Beiden Milcharten fehlt die Eigenschaft, bei der Verdauung mit frischem Kindermagen-Pepsin Paranuclein niederzuschlagen, was als Hauptursache der schweren Verdaulichkeit der Kuhmilch gilt. Auch betreffs des *Salzgehalts* besteht zwischen Frauenmilch mit 0.2% und Eselsmilch mit 0.42% eine grössere Uebereinstimmung als zwischen Frauenmilch und Kuhmilch mit 0.7%. Die grösste Verwandtschaft aber zwischen Esels- und Frauenmilch findet sich im *Zuckergehalt:* Frauenmilch 6%, Eselsmilch 6.2%. Als nicht genügend stellt sich dagegen der *Fettgehalt* der Eselsmilch heraus: 1.38% gegen 3.8% Fett bei der Frauenmilch. Wenn nun auch dieses Minus an Fett in der Eselsmilch ihren Nährwerth beeinträchtigt, ihre Verdaulichkeit beeinträchtigt es nicht. Wie die Untersuchungen

ergeben haben, zeigte der erbrochene oder ausgeheberte Mageninhalt von mit Eselsmich genährten Säuglingen dieselbe fast homogene, feinflockige Beschaffenheit als der von Brustkindern. Einen Vorzug besitzt die Eselsmilch vor der Frauenmilch in ihrer Keimfreiheit. Während in der mit aller Vorsicht entnommenen Frauenmilch fast stets Staphylokokken, in seltenen Fällen auch Streptokokken gefunden wurden, war die Eselsmilch selbst 24 Std. nach dem Melken noch keimfrei. Diese Keimfreiheit gestattet bei genügender Abkühlung bis zum Genusse und bei entsprechender Wiedererwärmung die Verabreichung in rohem, also leichter verdaulichem Zustande.

Was nun die praktischen Erfahrungen mit Eselsmilch als Säuglingsnahrung betrifft, so ist die Literatur hierüber sehr spärlich. Die wenigen vorliegenden Beobachtungen ergeben, dass die Eselsmilch, wenigstens bis zum Beginne des 4. Monats, als ausschliessliche Nahrung des Säuglings genügt. Ob über diesen Zeitpunkt hinaus der geringe Fettgehalt eine Ergänzung erheischt, muss durch weitere Versuche festgestellt werden. Innerhalb der ersten 3 Monate wird die Eselsmilch vom Säuglinge in derselben Menge verlangt, wie die Frauenmilch, erspart also, wie diese, den Ballast übergrosser Flüssigkeitaufnahme. Mehr Erfahrungen hat man mit der Eselsmilch bei kranken Säuglingen gemacht. Danach besitzt sie den Enterokatarrhen der Säuglinge gegenüber dieselben vorbeugenden und heilenden Eigenschaften, wie die Frauenmilch, weil sie, ebenso wie diese, weniger antizymotische Säure als die Kuhmilch bindet, möglicher Weise auch deshalb, weil ihr Serum eine stärkere antizymotische Wirksamkeit besitzt, als dasjenige der durch Jahrhunderte langes Stallleben und schonungslose Kräfteausnützung entarteten Rinder.

Wenn demnach die Eselsmilch unstreitig der beste Ersatz für Frauenmilch ist und überall da angezeigt wäre, wo diese fehlt, so steht ihrer allgemeinen Einführung die Seltenheit des Esels bei uns entgegen. Ergab doch die Viehzählung für Sachsen, dass im Jahre 1885 nur 26 Esel im ganzen Königreiche vorhanden waren. Da nun jede Stute täglich höchstens $1^1/_4$ Liter Milch liefert, so wären, selbst bei der Annahme, dass sämmtliche 26 Esel Stuten waren, in ganz Sachsen täglich nur 33 Liter Eselsmilch verfügbar gewesen. Aehnlich wie in Sachsen liegen die Verhältnisse wohl im übrigen Deutschland.

Es ist demnach unzweifelhaft, dass die allgemeine Verwendung der Eselsmilch für künstlich zu nährende, *gesunde* Säuglinge in Deutschland nicht möglich ist.

Und doch macht die hohe Bedeutung dieser Milch bei der Verdauungschwäche und den Verdauungkrankheiten der Säuglinge es wünschenswerth, wenigstens für die dringendsten Fälle einen, wenn auch noch so kleinen Vorrath verfügbar zu haben. Dass hierauf gerichtete Bemühungen von Erfolg begleitet sein können, hat Kl. gezeigt, dem es gelang, schenkungs- und darlehnsweise eine Summe aufzubringen, mit deren Hülfe in Dresden unter dem Namen „Hullerhof“ eine gemeinnützige Genossenschaft gebildet wurde, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, Eselsmilch für Säuglinge oder Kranke zu möglichst niedrigem Preis (2 Mk. 10 Pf. bis 3 Mk. 25 Pf. für das Liter) auf den Markt zu bringen und die dazu erforderlichen Thiere thunlichst selbst zu züchten. Für Säuglinge weniger bemittelter Eltern wird die Milch nur auf ärztliche Verordnung zu dem ermässigten Preise verabfolgt. Auf den ersten Blick wird allerdings der Preis von 2 Mk. 10 Pf. für Unbemittelte zu hoch erscheinen; es bleibt aber hierbei zu berücksichtigen, dass es sich um schwerkranke Kinder handelt, bei denen die Eselsmilchkur in der Regel 1—2 Wochen nicht überschreitet oder die nur kleine Mengen (300 bis 600 ccm täglich) beanspruchen. Rost (Rudolstadt).

328. **Ueber die Anwendung der Somatose im Säuglingsalter und bei Verdauungsstörungen älterer Kinder**; von Dr. Heinrich Wolf. (Sond.-Abdr. d. Allgem. Wiener med. Zeitung XLI. 1896.)

Die Somstose von der Zusammensetzung 88.37% Albumosen, 7.46% Salze, 0.24% Pepton ist ein geruchloses, gelbliches, körniges Pulver aus Fleisch dargestellt. Sie hat u. A. die Eigenschaft, das Kuhcasein der Milch in dünneren Flocken als gewöhnlich bei der Gerinnung ausfallen zu lassen.

Die Verabreichung geschah bei ganz jungen Kindern nach der Vorschrift von Dr. Goldmann (in 1000.0 Kuhmilch, 730.0 Wasser, 46.0 Milchzucker, 36.5, bez. 71.0 Rahm bei 50% Fettgehalt) oder in Pulver mit der Anweisung, es zuerst zu lösen und dann der dem Alter nach entsprechend verdünnten Kuhmilch zuzusetzen. Kinder unter einem Jahre erhielten 4 g, ältere bis zu 8 g pro die.

Gestützt auf 35 Beobachtungen kommt W. zu folgenden Schlüssen: Zusatz von Somatose macht 1) die Kuhmilch leichter verdaulich, beeinflusst 2) leichtere Dyspepsien im Säuglingsalter günstig, wird 3) von atrophischen Kindern gut vertragen und erzielt 4) bei Verdauungstörungen älterer Kinder gute Erfolge. Flachs (Dresden).

329. **Zur Pathologie der Durchfallkrankheiten der Kinder**; von Adolf Baginsky. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.)

B. bespricht in erster Reihe die unter dem Einflusse hoher Sommertemperaturen auftretenden Diarrhöen und deren Folgezustände, von denen er 3 Haupttypen unterscheidet: 1) die funktionelle Störung = Dyspepsie; 2) die katarrhalischen Erkrankungen, von dem primären dyspeptischen Katarrh bis zur Cholera infantum, und einschliesslich des chronischen Darmkatarrhes; 3) die follikulären Erkrankungen des Darmtractus, Enteritis bis

zur schweren Dysenterie. Bei dieser Eintheilung verhehlt eich B. indessen nicht, dass eine scharfe Trennung der 3 Typen in der Praxis höchstens insoweit angängig ist, als die Natur überhaupt derartig künstliche Scheidungen gestattet: nur die extremen Vertreter werden sich scharf von einander sondern lassen. Die anatomischen Bilder gestalten sich sehr verschieden, je nachdem es sich um einen primären dyspeptischen Katarrh oder um Brechruhr oder um den Follikularprocess handelt, und je nach dem Stadium der Krankheit, in dem sie zur Untersuchung kommt. Was die *Ursachen* der Erkrankungen anlangt, so hat man von jeher die Vorstellung gehabt, dass es sich um Gährungen im Darmtractus handele. Später hat man es direkt ausgesprochen, dass der ganze Process viel Aehnliches mit einer Vergiftung habe. Und in der That gelang der Nachweis, dass bei den schweren Cholera-diarrhöen eine wirkliche Intoxikation vorliege, dadurch bewirkt, dass die Bakterien zum Theil selbständig, zum Theil aus den in der Nahrung vorhandenen Eiweisskörpern giftige peptonartige Körper bilden, die, in die Blutbahn aufgenommen, die schweren Erscheinungen hervorrufen.

Bei dieser Auffassung lag es nahe, für jeden einzelnen der in besonderen Krankheitbildern sich abspielenden Vorgänge auch besondere Krankheiterreger anzunehmen. Indessen haben alle bisherigen Untersuchungen (und auch die neuerdings von B. wiederholten) bewiesen, dass bei den gewöhnlichen katarrhalischen Sommerdiarrhöen und den daran sich anschliessenden follikulären Enteritisformen nicht specifische Mikroorganismen zur Wirkung kommen, sondern dass es die üblichen, im Darmtractus hausenden saprophytären Mikroben sind, die unter dem Einflusse der hohen Sommertemperatur und vielleicht noch anderer besonderer, bisher nicht völlig bekannter Verhältnisse gefährlich werden.

Ueber diesen Punkt herrscht volle Uebereinstimmung; die Ansichten gehen aber auseinander bei der Beantwortung der Frage: in wie weit die Mikroben durch eine etwaige Invasion in die Blutbahn Allgemeininfektion hervorrufen können? Viele Kinderärzte sind der Meinung, dass die Durchfallkrankheiten nur der Ausdruck einer allgemeinen Sepsis seien, und finden eine Stütze für diese Anschauung darin, dass typische Darmbakterien in der That in einzelnen Fällen aus dem Blute gezüchtet worden sind. Folgerichtig sehen sie dann die sekundären Veränderungen in Nieren, Lungen u. s. w. als echte (septische) embolische an. B. indessen kommt auf Grund seiner Beobachtungen und des negativen Ausfalles wiederholter Blutuntersuchungen zu dem Ergebnisse, dass für die Annahme einer Invasion von septisch wirkenden Darmbakterien in die Blutbahn bestimmte und sichere Anhaltepunkte (wenigstens für die Mehrzahl der Fälle) nicht vorhanden seien; nur ganz vereinzelt, bei sehr starker Geschwürbildung im Darme, könne auch einmal ein Einbruch von Bakterien in die Blutbahn erfolgen. Nach B. schädigen die Bakterien durch Produkte der Fäulniss ungiftiger, oder meist giftiger Natur (Ammoniak und dessen Abkömmlinge), indem sie als Entzündungerreger wirken, die Darmwand, oder sie bringen von den Blut- und Lymphbahnen aus die vegetativen und die wichtigsten Ausscheidungorgane (Leber, Niere) zum Zerfall. Durch die so geschaffene Beeinträchtigung der Ernährung wird bei den Kindern eine gewisse Empfänglichkeit für den Angriff feindlicher Mikroben jeder Gattung (Staphylococcus, Streptococcus, Pneumococcus) hervorgerufen, so dass man es dann mit einer verminderten Widerstandsfähigkeit des Körpers zu thun hat, die B. als „Nosoparasitismus“ bezeichnen möchte. Rost (Rudolstadt).

330. **Dödligheten inom åldern 5—10 år i Sverige**; af G. Sundbärg. (Hygiea LVIII. 8. s. 153. 1896.)

Die Altersgruppe von 5—10 Jahren macht eine Ausnahme von der sonst so scharf markirten Besserung in den Sterblichkeitsverhältnissen der Bevölkerung in Schweden im laufenden Jahrhundert; die Altersklasse von 5—10 Jahren zeigt so grosse Wechsel, dass die Richtung der Veränderung nur mit Schwierigkeit erkannt werden kann. Berechnet man indessen die arithmetischen Mittel der Todesfälle von 1801—1845 und von 1846—1890, so ergiebt sich, dass die Sterbeziffer für die Gesammtbevölkerung in der 1. Periode 24.50‰, in der 2. Periode 19.45‰ beträgt. Die Sterbeziffer für die Altersklasse von 5—10 Jahren beträgt aber in der 1. Periode 9.02‰, in der 2. Periode 8.97‰. Während also die Gesammtsterblichkeit eine wesentliche Verminderung zeigt, findet sich bei den Kindern keine nennenswerthe Veränderung. Im Quinquennium 1886—1890 findet sich die günstigste Ziffer von allen: 6.76‰, aber ähnlich gute Resultate sind schon vor 70 Jahren, in der 1. Hälfte der 20er Jahre einmal dagewesen, wo sich die Sterbeziffer 6.98‰ findet. Noch 1876—1880 wurde die Sterbeziffer 10‰ in diesem Alter erreicht und überschritten, ungünstigere Verhältnisse als diese zeigten sich nur in den Kriegsjahren 1806—1810, sowie im Quinquennium 1856—1860.

Zwischen *Land* und *Stadt* ist der Unterschied nicht grösser als in den meisten anderen Altersgruppen. Von 1881—1890 erreichte die Sterbeziffer des Alters von 5—10 Jahren 8.91‰, in Stockholm 10.32‰, in sämmtlichen Städten zusammen 9.21‰. Grösser sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Landestheilen; im Län Norrbotten ist die Sterblichkeit in diesem Alter mehr als doppelt so gross, als in den am günstigsten situirten Theilen des Landes.

In Westeuropa betrug die Sterbeziffer des Alters von 5—10 Jahren 8.83‰, in den 1870er Jahren,

in Schweden 8.49°/₀₀. In den übrigen Altern ist Schwedens Stellung eine sehr günstige Westeuropa gegenüber, da die Sterbezahl in der Regel 25—30°/₀₀ tiefer liegt als die Mittelzahlen Westeuropas.

Eine genauere Untersuchnng ergiebt, dass die erwähnten nngünstigen Verhältnisse bereits früher als im Alter von 5—10 Jahren einzuwirken beginnen nnd auch später noch einwirken, da anch das Alter von 3—5 Jahren nnd das von 10—15 Jahren in Schweden nur geringe Verbesserung der Sterbezahl aufweisen nnd den Mittelzahlen in Westeuropa näher liegen als es sonst der Fall ist. Walter Berger (Leipzig).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

331. **Versuche mit der Schleich'schen Lokal-Anästhesie und dem Schleich'schen Narkosengemisch**; von S. R. Ruge in Berlin. (Charité-Annalen XXI. p. 850. 1896.)

Sehr eingehend schildert R. zunächst die Erfahrungen, die er ausser an seiner eigenen Person an 128 Kranken bei meist kleineren operativen Eingriffen (Incisionen von Bubonen, Phimosen u. Aehnl.) mit der *Schleich'schen Lokalanästhesie* gemacht hat. Es mnss zugestanden werden, „dass zunächst die Technik des Verfahrens nicht ganz einfach ist, dass viel darauf ankommt, Kleinigkeiten genau zu beachten, und dass ein schnelles und elegantes Operiren nicht möglich ist. Es muss vielmehr langsam, schichtenweise, tastend Schnitt an Schnitt gesetzt werden, und das Messer oft mit der Spritze vertauscht werden. Dadurch wird die Operationsdauer wesentlich verlängert. Dafür ist man aber im Stande, genau und gründlich zu verfahren, ohne dadurch dem Kranken Schmerzen machen zu müssen, und darin liegt die Möglichkeit, beginnende Zellgewebsentzündungen oder Eiterungen anderer Art, sowie bösartige Nenbildnngen in ihren ersten Anfängen gründlich bemeistern zu können, ohne die allgemeine Narkose anwenden zu müssen“.

R. hat dann weiterhin auch Versuche mit dem auf Körperwärme abgestimmten *Schleich'schen Narkosengemisch* (Aether. petrol., Aether. sulph., Chloroform im Verhältniss von 1 : 12 : 3, bez. 1 : 10 : 3, bez. 1 : 16 : 6) angestellt nnd dabei folgende Vorzüge gefunden: 1) Angenehmes Einleiten der Narkose wegen des weniger reizenden nnd angreifenden Geruches des Gemisches. 2) Fehlen oder wesentliche Abschwächung des Excitationsstadium. 3) Angenehmer ruhiger Verlauf der Narkose, sobald die nöthigen Vorsichtmaassregeln beobachtet werden. 4) Stets guter Puls. 5) Angenehme Art des Erwachens.

P. Wagner (Leipzig).

332. **Ueber Eiterung durch keimfreies Catgut**; von Prof. P. Poppert in Giessen. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48. 1896.)

Nach den Untersuchungen von P. ist die Behauptung, dass die von vielen Seiten beobachtete Catguteiternng auf die Unzulänglichkeit der gebräuchlichen Desinfektion, insbesondere auch derjenigen mit Sublimat und Alkohol zurückzuführen sei, eine irrthümliche; dagegen ist festgestellt, dass *das Catgut zuweilen trotz vollkommener Keimfreiheit Eiterung zu erregen vermag. Diese Eiterung ist durch chemische, dem Catgut anhaftende Stoffe bedingt*, sie zeigt dementsprechend stets einen gutartigen Charakter im Gegensatze zu den bakteriellen Eiterungen, die durch Neigung zur Ausbreitung gekennzeichnet sind.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass durch dieses Ergebniss die Catgutfrage eine von der bisherigen wesentlich verschiedene Beleuchtnng erfährt. Wir dürfen hiernach das Catgut für die Entstehung von schweren phlegmonösen Entzündungen nicht mehr verantwortlich machen; diese müssen vielmehr als *zufällige* bakterielle Wundcomplikationen aufgefasst werden. Da ferner das Sublimatcatgut bei sorgfältiger Zubereitung nach dem übereinstimmenden Urtheil sämmtlicher Untersucher keimfrei ist, so kann ein Bedürfniss, an Stelle der bewährten nnd einfachen Zubereitung des Catguts mit Aether-Sublimat-Alkohol andere, umständlichere Methoden zu setzen, nicht anerkannt werden.

P. Wagner (Leipzig).

333. **Ueber die Grundlagen und die Erfolge der Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste**; von Dr. W. Petersen in Heidelberg. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 341. 1896.)

Unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und unter Zugrundelegung von 38 ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten aus der Heidelberger chirurgischen Klinik bespricht P. die Grundlagen und die Erfolge der *Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste.* Sein Gesammturtheil fasst er in folgenden Sätzen zusammen:

1) Bei *Carcinomen* sind alle bisherigen Methoden aussichtlos. 2) Bei *Sarkomen* ist nur in ganz vereinzelten Ausnahmefällen ein Erfolg zu erwarten. Die Ursachen dieser Sonderstellung einzelner Tumoren sind uns unbekannt; weitere Versuche sind zu beschränken auf inoperable Sarkome oder auf die Prophylaxe nach Operationen. 3) Der Erfolg ist im Allgemeinen proportional der Stärke der allgemeinen (weniger der lokalen) Reaktion nnd damit zugleich der Gefährlichkeit. Es folgen sich nach ihrer Wirksamkeit geordnet: Einimpfung virulenter Streptokokken, das Mischcultursterilisat und das Prodigiosussterilisat, das Streptokokkensterilisat, das Streptokokkenfiltrat und das Krebsserum. Die Wirkung des Mischculturaterilisats

beruht zum weitaus grössten Theile auf den Prodigiosustoxinen. Das Krebsserum entspricht in seinen Eigenschaften und seiner Wirkung einem verdünnten Streptokokkenfiltrat. 4) Die Wirkung der Toxine beruht auf der Allgemeinreaktion des Körpers (besonders dem Fieber), sowie auf der lokalen Reaktion der Tumoren (parenchymatöse Entzündung). 5) Den fraglichen Vortheilen stehen gegenüber die Gefahren einer Intoxikation, sowie einer Beförderung des Geschwulstwachsthums.

P. Wagner (Leipzig).

334. Ueber 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandlung und Endresultate; von Dr. C. Binder in Zürich. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 253. 1896.)

Die vorliegende Untersuchung über die Klinik des *Zungenkrebses* gründet sich auf 40 in der Züricher chirurgischen Klinik von 1881—1895 beobachtete, primär von den epithelialen Gebilden der Zunge oder des Zungen-Mundhöhlenbodens ausgegangene und in der Hauptsache auf diese Theile beschränkt gebliebene Carcinome. Die Zungenkrebskranken machten 4.78% aller Krebskranken aus und standen meist im 6. und 7. Decennium. 38 Männern standen nur 2 Frauen gegenüber. Erbliche Belastung fand sich bei 7 Kranken, 17mal wurde starker Tabakgenuss, 8mal Zahnreiz angeschuldigt.

Pathologisch-anatomisch handelte es sich bei allen mikroskopischen Untersuchungen um ein typisches Plattenepithelcarcinom, bisweilen mit starker Verhornung. 22mal waren die Lymphdrüsen mit ergriffen. 1mal fand sich ein metastatisches Lebercarcinom.

Unter den *Symptomen* tritt der Schmerz meist zuerst auf, dann entwickelt sich ein Geschwür mit gesteigerter Salivation, Fixation der Zunge u. s. w.

Diagnostisch muss man sich namentlich vor Verwechselungen mit Syphilomen, Tuberkulomen, Papillomen hüten.

Die *Prognose* eines nicht richtig behandelten Zungencarcinoms ist eine „absolut sicher lethale". Die *Dauer* eines Zungenkrebses ist schwer genau zu bestimmen (1—$1^1/_2$ Jahre).

Therapeutisch ist zunächst eine gute *Prophylaxe* von grosser Wichtigkeit: Abfeilen von scharfen Zahnkanten, Vermeidung übermässigen Rauchens u. s. w. Die Behandlung eines sicher erkannten Zungenkrebses besteht in der *Exstirpation des Carcinoms möglichst weit im Gesunden.*

Von den 40 Kranken der Züricher chirurgischen Klinik wurden 7 nicht operirt, bei 9 wurde die Operation vom Munde aus vorgenommen, 2 wurden nach Jäger, 4 nach Sédillot, 18 nach v. Langenbeck operirt. Ausser diesen 33 Exstirpationen wurden noch eine Recidivoperation und 1 Operationversuch wegen Drüsenrecidivs vorgenommen. 3 Kranke starben an Collaps, 3 an Bronchopneumonie, 1 an Verblutung, 3 Kranke wurden mit Recidiv entlassen, 3 starben an intercurrenten Krankheiten. 13 Kranke starben 6 bis 11 Monate nach der Operation an Recidiv. 8 Kranke = 24.2% sind $1^1/_2$—$12^1/_2$ Jahre *geheilt geblieben.*

Die Züricher Statistik ergiebt folgende zwei sehr wichtige Thatsachen:

1) Die Lebensdauer der wegen Zungenkrebs Operirten, die später einem Recidiv erlegen sind, wird gegenüber den Nicht-Operirten um durchschnittlich 5 Monate verlängert.

2) Das Carcinom der Zunge ist in einer ziemlich beträchtlichen Anzahl von Fällen durch die Operation endgültig heilbar.

Die einzelnen Krankengeschichten werden zum Schluss ausführlich mitgetheilt.

P. Wagner (Leipzig).

335. Ueber die histologischen Befunde nach Replantation trepanirter Knochenstücke des Schädels; von Dr. M. David in Berlin. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 740. 1896.)

Entgegen den Ergebnissen von Ollier, Wolff, Buscarlet u. A. hat A. Barth bei seinen histologischen Untersuchungen behauptet, dass von einer Einheilung des implantirten oder replantirten Knochens keine Rede sein könne, sondern dass einmal ausgelöste Knochenfragmente dem Tode verfallen. Seiner Ansicht nach findet also stets eine Nekrose der replantirten oder implantirten Stücke statt und die Heilung erfolgt stets durch Neubildung von Knochensubstanz. Vom klinischen Standpunkte aus hat bereits J. Wolff Einspruch gegen diese Barth'schen Schlussfolgerungen erhoben, experimentell und histologisch tritt ihnen D. entgegen. Und zwar hat sich D. auf das genaue Studium der Vorgänge beschränkt, die sich bei *Einheilung eines replantirten Stückes der Schädeldecke* beim Hunde abspielen. Ein Theil der Substanz des replantirten Knochens wird durch Usur seitens der Gefässe resorbirt, im Uebrigen aber nekrotisirt das replantirte Stück nicht, sondern bleibt erhalten. Nur insofern kann man von einer Neubildung des Knochens reden, als die allmählich erfolgende Verkleinerung der Narbe nur stattfinden kann dadurch, dass sich an diesen Stellen Knochen ansetzt. Denn eine Retraktion der Narbe kann nicht erfolgen, da sowohl der replantirte, wie der stehengebliebene Knochen sich nicht entsprechend der Retraktion dehnen kann. Ferner findet eine Apposition von Knochen offenbar an den Stellen statt, die durch Usur der Gefässe geschwunden sind. Hiervon abgesehen, bleibt das replantirte Stück lebend, und zwar wird es durch die von der Narbe aus sich bildenden Gefässe sofort in den Kreislauf wieder eingeschaltet. D. schliesst seine durch 2 Tafeln Photogramme illustrirte Arbeit mit folgendem Satze: „Ein von seiner Umgebung völlig losgelöstes replantirtes Stück des Schädels heilt bei normalem Wundverlauf wieder ein, denn nichts in den Präparaten deutet auf eine totale

Neubildung der Knochensubstanz hin, und Nekrose ist nicht vorhanden." P. Wagner (Leipzig).

336. **Ein Fall von Resektion des Gasser'-schen Ganglions**; von Dr. U. Monari in Bologna. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 495. 1896.)

Ein 55jähr. Kr. mit schwerster Trigeminusneuralgie, die allen inneren Mitteln trotzte und den Kr. auf's Aeusserste heruntergebracht hatte. *Resektion des Ganglion Gasseri* nach der Methode von Krause und Hartley. Rasche Vernarbung der Wunde; ausgezeichneter Erfolg. P. Wagner (Leipzig).

337. **De la gastropexie**; par le Dr. H. Duret. (Revue de Chir. XVI. 6. p. 421. 1896.)

Ermuntert durch die günstigen Resultate bei der Nephro-Hepato-Hystero-Colopexie u. A. hat D. bei einer 51jähr. Kr., deren mässig erweiterter, aber stark gesenkter Magen schwere, durch innere Mittel nicht beeinflusste, dyspeptische Störungen verursachte, eine *Gastropexie* vorgenommen. Die Art und Weise, wie D. den Pylorus und den angrenzenden Theil der kleinen Curvatur an das parietale Peritonaeum fixirte, muss in der mit mehreren Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. Die Kr. *genas* von ihren dyspeptischen Beschwerden und wurde wieder arbeitfähig.
P. Wagner (Leipzig).

338. **Sphinkterbildung aus dem M. rectus und die Combination der Sphinkterbildung mit Witzel's Kanalbildung bei der Gastrostomie**; von Prof. V. v. Hacker in Innsbruck. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 409. 1896.)

v. H. hat 1885 durch seine Methode der *Sphinkterbildung aus dem M. rectus* ein Verfahren der *Magenfistelbildung* angegeben, durch das ein Abfliessen von Mageninhalt aus der Fistel sicher zu vermeiden ist. 17 früher veröffentlichten Mittheilungen über diese Operation schliesst er jetzt weitere 8 Fälle an.

In bestimmten Fällen hat dann v. H. die Sphinkterbildung aus dem M. rectus abdom. mit Witzel's Kanalbildung am Magen verbunden. Die Technik dieser combinirten Gastrostomie muss in der mit Abbildungen versehenen Originalarbeit nachgelesen werden. v. H. hat 13 Kranke nach dieser Methode operirt.

Die *Indikationen für diese beiden Methoden* bestimmt v. H. folgendermaassen:

a) Die *einfache Sphinkterbildung* (nach v. Hacker) ist eine völlig gefahrlose Operation und giebt einen vollkommenen Abschluss, um das in (womöglich zweizeitig) angelegte Magenfistel eingeführte Drainrohr bei allen kräftigen oder jugendlichen Individuen; sie ist daher mit bestem Erfolge in allen Fällen von *temporärer* Gastrostomie anwendbar (bei frischen Verätzungen des Oesophagus, bei Narbenstenosen, wo die Fistel behufs Digitaluntersuchung und Sondirung bis auf Daumendicke erweitert werden kann, ohne insufficient zu werden, prophylaktisch behufs sicherer Heilung eines zu operirenden Oesophagusdivertikels u. s. w.). Beim Carcinom, wo zum vollkommenen Abschluss öfters die Ballonkanüle nöthig wird, empfiehlt sie sich für Fälle weit vorgeschrittener Kachexie wegen ihrer Einfachheit und raschen Ausführbarkeit, sowie in Fällen von Kleinheit und Geschrumpftsein des Magens.

b) Die *combinirte Gastrostomie* (nach v. Hacker-Witzel) giebt einen idealen Abschluss der Fistel nur durch ein Drainrohr, mitunter selbst ohne ein solches; Ballonkanüle ist bei dieser Fistel nicht nöthig. Die Operation ist zu empfehlen in allen Fällen von *dauernder* Magenfistelbildung beim Carcinom der Speiseröhre und der Kardia des Magens, wenn sie technisch gut ausführbar ist. Bei narbigen Stenosen würde v. H. dann von ihr Gebrauch machen, wenn behufs Untersuchung des Pylorus oder aus sonst einem Grunde schon eine Incision in den Magen ausgeführt wurde.
P. Wagner (Leipzig).

339. **Zur Combination der Gastroenterostomie und Enteroanastomose**; von Prof. O. v. Büngner in Hanau. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 550. 1896.)

v. B. weist darauf hin, dass, wenn auch der Vorschlag Braun's, die Gastroenterostomie zur Sicherung des funktionellen Erfolges von vorn herein mit der Enteroanastomose zu verbinden, keinen Anklang gefunden habe, es doch nothwendig werden könne, ersterer Operation noch nachträglich als 2. Akt die Enteroanastomose hinzuzufügen.

v. B. hat diesen Weg bei einem 42jähr. Kr. mit nicht exstirpirbarem, stenosirendem Pyloruscarcinom mit vorzüglichem Erfolge eingeschlagen. Bei diesem Kr. blieb die *Gastroenterostomie* trotz Beobachtung aller technischen Vorschriften ohne jeden Einfluss auf die Schmerzen und das sehr hartnäckige Erbrechen; zunehmender Verfall. Die 1 Woche später vorgenommene *Enteroanastomose* zwischen der auf- und der absteigenden Schlinge behob alle Beschwerden mit einem Schlage, und das Befinden blieb bis zu dem $4^1/_2$ Monate später erfolgenden Tode ausgezeichnet.

Durch dieses Verfahren lässt sich in nicht wenigen Fällen eine Beseitigung der Beschwerden und eine Verlängerung des Lebens erzielen. Denn trotz vorgeschrittener Technik geht ein Theil der Gastroenterostomirten nur deshalb zu Grunde, weil der Mageninhalt fehlerhafter Weise in den Anfangstheil des Jejunum oder in das Duodenum abfliesst oder Galle und Pankreassaft in den Magen einfliessen. P. Wagner (Leipzig).

340. **Deux cas de gastro-entérostomie par le bouton de Murphy**; par O. Vanderlinden et D. de Buck. (Belg. méd. III. 37. p. 321. 1896.)

V. und de B. haben 2mal wegen eines inoperablen Pylorustumors die Gastroenterostomie nach Wölfler, bez. Doyen unter Anwendung des Murphyknopfes (ringförmige Decknaht) ausgeführt. Im 1. Falle mit Heilung ohne Abgang des Knopfes. Im 2. Falle mit Tod trotz Wiedereröffnung der Bauchhöhle wegen Compression des Colon transversum. Die Vereinigung durch den Knopf war auch hier fest und gut. F. Krumm (Karlsruhe).

341. **Zur Lehre von der Darmeinklemmung in inneren Bauchfelltaschen**; von Dr. A. Aschoff. (Berl. Klinik Nr. 100. Oct. 1896.)

Nach einer kurzen Erörterung über das Vorkommen innerer Hernien, für die zunächst das Foramen Winslowi, die Fossa duodenojejunalis und der Recessus parajejunalis, seltener die Gegend der Flexura sigm. in Betracht kommen, bespricht A. die in der Gegend des Coecum vorkommenden Bauchfelltaschen, speciell die Lage und das Zustandekommen der Fossa retrocoecalis. Eine Hernie dieser Bauchfelltasche bildet den I. Fall, der von A. veröffentlichten Beobachtungen aus der Abtheilung Körte's.

I. Hernie der Fossa retrocoecalis.

48jähr. Frau, plötzlich beim Bücken erkrankt mit Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibes. Erbrechen, Ohnmachtanfälle, Stuhlverhaltung. In der folgenden Woche noch 2mal Stuhl auf Eingiessungen, dann völlige Obstruktion, fäkulentes Erbrechen. Am 21. Krankheitstage Aufnahme im Krankenhause. Bei der Operation war die Anlegung eines Anus pr. nat. wegen Annahme eines Coloncarcinoms beabsichtigt. Coecum und benachbartes Ileum waren leer, zusammengezogen, Darmschlingen liessen sich in eine Tasche hinter dem Coecum verfolgen. Nach Entleerung der Tasche von zum Theil verklebten Darmschlingen, geräumige Höhle vorn von Coecum und Colon, medial von deren Mesenterium, lateral von einer Bauchfellfalte, hinten von der Bauchwand begrenzt. Versenkung des freigemachten Darmes, Bauchnaht. Heilung.

II. Hernia retroperitonealis anterior.

61jähr. Schlosser; seit 10 Jahren linkseitiger reponibler Leistenbruch, nach leichter Reposition des ausgetretenen Bruches plötzliche Erkrankung mit Leibschmerzen, Erbrechen, Stuhlverhaltung. Bei der Aufnahme Ileus, schwerer Allgemeinzustand, sämmtliche Bruchpforten frei, linker Leistenkanal bis zur inneren Leistenöffnung deutlich frei zu fühlen, geblähte Darmschlingen zu sehen, undeutliche Resistenz und gedämpfter Perkussionsschall über dem linken Lig. Poupartii. Auf Eingiessungen wurden mehrere Kothballen entleert. Am folgenden Tage kein Erfolg. Die Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf Darmabklemmung durch Stränge an der inneren Bruchpforte gestellt.

Laparotomie. Einklemmung einer Darmschlinge in einer Bauchfelltasche in der Gegend des inneren Leistenringes mit enger Mündung an der vorderen seitlichen Bauchwand. Kein Zusammenhang mit Leistenkanal und präformirtem Bruchsacke. Versenkung der freigemachten Darmschlinge; Naht. Heilung.

Möglicherweise handelte es sich in diesem Falle um eine Hernie in der Plica umbilicalis.

III. Combination von Strangabklemmung und Taschenbildung am Mesenterium.

10jähr. Knabe, nach der Turnstunde mit heftigen Schmerzen im Leibe erkrankt. 4 Tage später kolikartige Schmerzanfälle, Erbrechen, Stuhlverhaltung. Opium und Einläufe ohne Erfolg. Am 10. Tage der Erkrankung Aufnahme. Die Diagnose wurde auf innere Einklemmung gestellt ohne nähere Anhaltepunkte.

Laparotomie. Es zeigte sich, dass eine Darmschlinge in einer Bauchfelltasche der oberen Fläche des Mesenterium am Ileumende durch einen Strang, der von der Flexura sigm. zu diesem Mesenterium hinzog, festgehalten und eingeklemmt war. Spaltung der vorderen Wand, der aus einer dünnen Bauchfellduplikatur gebildeten Tasche. Versenkung des Darmes, Bauchnaht. Heilung.

IV. Darmincarceration durch Meckel'sches Divertikel mit gleichzeitiger Taschenbildung.

27jähr. Mann, plötzlich mit heftigen Leibschmerzen, Erbrechen erkrankt, Darmeingiessungen ohne Erfolg, nach 3 Tagen Kotherbrechen. Bei der Aufnahme: Collaps, Schmerz in der Gegend unterhalb des Nabels, Leib aufgetrieben, Darmschlingen nicht fühlbar.

Laparotomie. Von einer Dünndarmschlinge ausgehendes, hinten adhärentes *Meckel*'sches Divertikel; an dieses sich ansetzend nach Art eines Mesenteriolum mit dem freien Rande am Mesenterium adhärente, handgrosse Membran, die wie eine Mütze über ein Convolut von Darmschlingen übergestülpt war und diese eingeklemmt hatte. Lösung der Membran und des Divertikels. Der freie Darm wurde reponirt. Bauchnaht. Tod einige Stunden post operat. im Collaps.

A. bespricht dann die Entstehung von Bauchfelltaschen, wobei er dem Hervortreten von Bauchfellfalten durch besonders starke Ausbildung von Gefässen (Plica duodenojejunalis), ferner der verspäteten oder mangelhaften Verlöthung von Peritonäalblättern (Recessus retrocoecalis), der Rückbildung für das Fötalleben wichtiger Organe und Lageveränderungen von Bauchorganen eine ätiologische Rolle einräumt.

Eine specielle Diagnose dieser Art der inneren Darmeinklemmung ist bei dem Mangel charakteristischer Symptome nicht möglich.

Für die einzuschlagende Therapie ist die Entscheidung von Wichtigkeit, ob es sich nur um eine mechanische Verschliessung des Darmes handelt, oder ob eine Strangulation die Ernährung des Darmes gefährdet. Ein heftiger, fixirter Schmerz im Beginne des Ileus, die schnelle Entwickelung von Collaps sind die sichersten Anzeichen der Strangulation. In diesen Fällen ist sofortige Operation angezeigt. Im Allgemeinen wird bei der Unsicherheit der Diagnose innerer Hernien „eine dem betreffenden Symptomencomplex angemessene Combination der inneren Medicin und Chirurgie in therapeutischer Hinsicht am Platze sein".

F. Krumm (Karlsruhe).

342. Die seitliche Darmvereinigung mit Verschluss der Darmenden nach v. Frey als Ersatz der cirkulären Darmnaht; von Dr. H. Küttner in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 505. 1896.)

Der in den letzten Jahren namentlich von Wölfler und von v. Frey befürwortete Ersatz der cirkulären Darmnaht durch die *seitliche Vereinigung der beiderseits verschlossenen Darmenden* hat folgende Vorzüge: 1) Man kann beliebig grosse Serosaflächen mit einander in Berührung bringen, ohne das Darmlumen zu beeinträchtigen. 2) Bei seitlicher Aneinanderlagerung bleibt die Weite der zu vereinigenden Darmenden für die Technik ganz belanglos. 3) Die Communikation zwischen den beiden Darmenden kann beliebig gross gestaltet werden. 4) Alle für die Vereinigung zu verwendenden Darmtheile befinden sich unter besonders günstigen Ernährungverhältnissen. Die von verschiedenen Autoren befürchtete Gefahr einer Passagestörung kann fast mit Sicherheit vermieden werden, wenn man die Darmenden im Sinne der Peristaltik aneinanderlagert, die Oeffnung möglichst weit und die Blindsäcke an den Darmenden möglichst klein macht. Nimmt man den Verschluss der Darmenden nicht von aussen, sondern nach

der Methode von v. Frey von innen her vor (innere Abschnürung der invaginirten Darmenden), so wird die Operation ausserordentlich abgekürzt.

In der Bruns'schen Klinik kam das v. Frey'sche Verfahren bisher in 6 Fällen zur Anwendung: bei einer Invaginatio ileo-coecalis (Tod an croupöser Pneumonie), bei einem widernatürlichen After und bei 4 gangränösen Hernien (1 Kr. starb an Peritonitis). Bei den 4 genesenen Kr. wurden Störungen der Kotbpassage während der bis zu 3 Monaten dauernden Beobachtung nicht bemerkt. In den beiden tödtlich verlaufenen Fällen war der Befund an der Vereinigungsstelle durchaus befriedigend.

2 Kr. wurden mit Infiltrationanästhesie unter Mitwirkung einer starken Morphiumdosis operirt.

„Nach den Erfahrungen der Bruns'schen Klinik ist die seitliche Vereinigung der beiderseits verschlossenen Darmenden der cirkulären Darmnaht vorzuziehen, und das v. Frey'sche Verfahren mit innerer Abschnürung der freien Darmenden wegen seiner Einfachheit und Sicherheit zum Ersatz der cirkulären Darmnaht besonders geeignet."

P. Wagner (Leipzig).

343. Sulle ferite d'arma da fuoco penetranti nell'addome e loro cura; pegli dottori Lorenzo Bonomo e Filippo Rho. (Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 59. 1896.)

Aus den Experimenten, die B. und R. angestellt haben, und denen anderer Experimentatoren geht hervor, dass ein in den Unterleib eindringendes Projektil nur in Ausnahmefällen die compakte Masse der Eingeweide durchdringen und sie unverletzt lassen oder ganz leichte, spontan heilbare Verletzungen hervorbringen kann, ein in den Unterleib eindringendes Projektil bringt in der Regel zahlreiche Perforationen des Magen-Darmkanals hervor. Eine häufige Complikation ist Blutung in die Bauchhöhle, die meist auf Verletzung der Verzweigungen der Mesenterialgefässe und der Gastro-Epiploicae beruht. Austritt des Inhaltes des Magendarmkanals kann fehlen, wenn das getroffene Eingeweide leer oder die Perforation klein genug oder der Schusskanal schräg ist. Leicht dringen mit dem Projektile Fragmente der Haut und der äusseren Bedeckungen in die Peritonäalhöhle ein, solche fremde Körper, die B. und R. an den Rändern der Perforationen, in den Schusskanälen, im Parenchym der Leber und Milz gefunden haben, erregen peritonitische Infektion durch die Keime, die sie einführen, und bilden ein Hinderniss für die Verklebung und Vereinigung der Gewebe an den Schusskanälen und Perforationen; so dass spontane Obliteration erschwert oder unmöglich wird.

Aus der Statistik der vorliegenden Experimentaluntersuchungen ergiebt sich, dass die Behandlung der Schussverletzungen des Unterleibes die allergrösste Sorgsamkeit und Beobachtung der Vorschriften der modernen Chirurgie erfordert. Wenn auch die Möglichkeit einer spontanen Heilung vorliegt, ist es doch gefährlich, auf solche ziemlich seltene Ausnahmen bildende günstige Umstände zu rechnen; in künftigen Kriegen wird dies nur dann zu entschuldigen sein, wenn der Chirurg es mit einer ganz ausserordentlich grossen Menge von Verwundeten zu thun hat. Die Laparotomie, mit allen Hülfsmitteln der modernen Chirurgie, unter Beobachtung aller Vorsichtsmaassregeln und zur rechten Zeit ausgeführt, wird nach B. und R. zweifellos bessere Resultate geben als die exspektative Behandlung.

Walter Berger (Leipzig).

344. Zur Aetiologie abdominaler Abscesse; von K. Kreibisch. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 39. 1896.)

K. bereichert die Casuistik um folgende Fälle:

I. 52jähr. Kranke. *Perinephritischer Abscess* rechts. Operation, Heilung. Culturen aus dem Eiter ergaben *Staphylococcus pyogenes aureus*.

II. 36jähr. Kranker. Vor 6 Jahren Gonorrhöe, wegen Pyelonephritis in der med. Klinik in Behandlung. Beiderseitige Verdichtung der Lungenspitzen. *Diagnose: Perinephritischer Abscess*. Incision, Drainage, Heilung. Im Eiter mikroskopisch kurze Stäbchen und kokkenähnliche Gebilde. Keine Tuberkelbacillen. Culturverfahren und Thierversuche ohne Erfolg.

III. 43jähr. Arbeiterin. *Präperitonäaler Abscess* der vorderen Bauchwand rechts. Incision, Heilung. Culturverfahren ergab: *Streptococcus pyogenes*.

IV. 33 Jahre alt. Vor 3 Monaten akut fieberhaft erkrankt mit Schmerzen rechts vom Nabel, zeitweiligem Erbrechen, Koliken, Stuhlverstopfung, kein Ikterus. Wiederholung solcher Anfälle. Jetzt im Abdomen rechts von der Mittellinie kindskopfgrosser, elastischer Tumor, gedämpfter tympanitischer Perkussionsschall, durch die Respiration nur wenig beeinflusst, von rechts nach links verschieblich. Bei Magen- und Darmaufblähung tympanitischer Schall heller, Palpationbefund undeutlicher. Brustorgane, Milz und Leber, Urin und Stuhl zeigten normalen Befund. *Laparotomie:* Tumor retroperitonäal; die Eröffnung ergab einen *Abscess* mit hellgelbem, fadenziehendem, schleimigem Eiter. Die Abscesshöhle führte in die Gegend des *Pankreaskopfes*. Tamponade. Tod nach 14 Tagen. *Sektion:* Frische allgemeine Peritonitis, ausgegangen von einer circumscripten Peritonitis in der Gegend des Pankreaskopfes, der vereitert war. An dieser Stelle Communikation mit dem Darm in Folge von *Perforation eines Ulcus rotundum duodeni*. Die bakteriologische Untersuchung ergab als Ursache der Erkrankung einen zur Gruppe des Friedländer'schen *Bacillus pneumoniae* gehörigen *Kapselbacillus*, wie er ähnlich aus Leberabscessen gezüchtet worden ist.

V. 52jähr. Köchin. *Abscess im rechten Hypochondrium* unterhalb der Leber, wahrscheinlich in Folge circumscripter Peritonitis im Anschluss an ein Empyem der Gallenblase. Incision, Heilung. Aus dem Eiter liess sich ein *stäbchenförmiges Bacterium* züchten, das Eigenbewegungen zeigte und dessen charakteristisches Merkmal in der gelatinös sulzigen und schleimigen Beschaffenheit der Culturen bestand. Diese rührte her von der Ausscheidung einer sulzig-schleimigen Zwischensubstanz. Dies, sowie sonstige culturelle Eigenthümlichkeiten des Bacterium liessen eine Trennung von dem Bacillus pneumoniae und verwandten Kapselbakterien zu. Die Frage, ob es sich vielleicht um einen Vibrio handelte, lässt K. offen.

F. Krumm (Karlsruhe).

345. Perinephritis acuta post nephritidem ascendentem gravidae (bacterium coli commune); af Prof. K. G. Lennander och Dr.

Carl Sundberg. (Årsber. från akad. sjukhuset i Upsala för 1893 och 1894. s. 1—34.)

Die Pat., die sich vor 3 Jahren Syphilis zugezogen hatte und sich in ihrer ersten, weit vorgeschrittenen Schwangerschaft befand, erkrankte am 3. Oct. 1893 mit Fieber (39.6° C. im Rectum gemessen), ziemlich rasch vorübergehendem Schüttelfrost und heftigen Schmerzen in der schon seit einiger Zeit in geringerem Grade schmerzhaften rechten Lumbalgegend, die in beide Leistengegenden, besonders die rechte, und über die Blasengegend ausstrahlten. Der früher eiweissfreie Harn enthielt Spuren von Eiweiss (nicht über 0.5°/₀₀). Ueber dem Colon ascendens bestand Empfindlichkeit mit mattem Perkussionsschall, aber ohne deutliche Resistenz. Am 5. Oct. stieg die Temperatur bis 39.9° und hielt sich dann Abends um 39° herum, Morgens um 38°. In dem sehr dunklen Harne fand man am 11. Oct. degenerirtes Blasenepithel, aber keine Cylinder. Nach der am 16. Oct. erfolgten Entbindung von einem ausgetragenen lebenden Kinde sank die Temperatur etwas, stieg aber rasch wieder bis auf 40.6°. Am 19. Oct. hatte Pat. Schmerz in der rechten Fossa iliaca, besonders aber in der rechten Lumbalgegend, über beiden Stellen fand sich gedämpfter Perkussionsschall; die Kr. war äusserst angegriffen, der Harn war dunkel und übelriechend. Bei Lagerung der Kr. auf die linke Seite nach behufs der Operation eingeleiteter Narkose konnte keine Dämpfung mehr in der rechten Lumbalgegend wahrgenommen werden, aber noch in der rechten Fossa iliaca, wo sie mit der Dämpfung über dem vergrösserten Uterus zusammenhing; hier fühlte man auch wahrscheinlich von den Uterusanhängen herrührende Resistenz. Die Diagnose war auf Peritonitis in der Gegend des Coecum und Colon ascendens oder auf perinephritische Entzündung gestellt worden.

Nach einer Incision über dem Lig. Poupartii und der Crista ilei wurde das injicirte Peritonaeum parietale in grosser Ausdehnung von der Fascia iliaca abgelöst und hinter der erwähnten Resistenz, die vom Ovarium und der Tuba herrührte, geöffnet. Colon ascendens und Coecum erschienen weniger beweglich als normal, aber nirgends konnte Abscessbildung nachgewiesen werden; der Proc. vermiformis wurde nicht getroffen. Nachdem die Bauchhöhle mit Catgutsuturen geschlossen worden war, wurde behufs der Untersuchung der rechten Niere der Schnitt nach oben und hinten durch die Lumbalgegend verlängert. Die innersten Schichten der Fettkapsel der Niere waren ödematös durchtränkt, die Oberfläche der ziemlich stark vergrösserten Niere war dunkel blauroth, Zeichen von Abscessbildung fanden sich nicht. An der vorderen Seite der Niere war die fibröse Kapsel an einer Stelle verdickt, weisslich grau; da hier die Consistenz der Niere sehr locker war, wurde ein kleines Stück Nierenparenchym ausgeschnitten, in dem sich miliare Abscesse fanden. Die ganze vordere Fläche der Bauchwunde wurde mit Etagennähten aus Catgut und tiefen, die ganze Bauchwand fassenden Nähten aus Silkwormgut geschlossen. Um die Niere herum, die fast vollständig aus ihrer Fettkapsel ausgelöst worden war, wurde mit sterilor Gaze tamponirt.

Die Kr., die nach der Operation sehr erschöpft war, erholte sich nach wiederholten Kampherinjektionen und nach Injektion von Kochsalzlösung; die Temperatur sank allmählich. Nachdem der äussere Verband schon mehrere Male gewechselt worden war, wurde am 23. Oct. die Wundhöhle mit sterilem Wasser ausgespült und es wurden neue sterile Tampons eingelegt. Der Harn, der Spuren von Eiweiss enthielt, war übelriechend; am 24. Oct. trat vermehrter Harndrang ein. Der Harn hatte eine röthlich gelbe, ziemlich dunkle Farbe, war stark getrübt und stank. Der Bodensatz enthielt, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, eine Zeit lang Eiterkörperchen und Blasenepithel, aber deutlicher hervortretende subjektive Erscheinungen von Blasenkatarrh waren nie vorhanden oder wenigstens nur ganz vorübergehend. Cylinder wurden nie im Harn gefunden, dagegen grosse Haufen Bacillen, die die von Dr. Sundberg ausgeführte bakteriologische Untersuchung als eine Art des Bacterium coli commune erkennen liess. Die histologische Untersuchung des ausgeschnittenen Nierenstücks ergab aufsteigende, eiterige, interstitielle Nephritis.

Anfang November befand sich die Kr. wohl, hatte keine Schmerzen und kein Fieber. Am 11. Dec. war die Bauchwunde geheilt, am 18. Dec. war der Harn (nach Anwendung von Blasenausspülungen mit Borsäurelösung, später mit Höllensteinlösungen und innerlicher Anwendung von Salol) von normaler Beschaffenheit. Am 29. Dec. wurde die Pat. entlassen. Sie befand sich später im Ganzen ziemlich wohl, war aber nie ganz frei von Beschwerden. Der Harndrang war häufiger als normal. Verdauungstörungen traten auf und Pat. kam mit einer schweren Colitis im April 1894 wieder in das Hospital. Der mit dem Katheter entnommene Harn war klar, enthielt kein Eiweiss und setzte beim Centrifugiren keinen Bodensatz ab. Die rechte Niere war herabgesunken bis zur Höhe der Crista ilei.

Die bedeutende Temperatursteigerung und die übrigen heftigen Symptome vor der Operation beruhten wohl wesentlich auf der akuten Perinephritis. Die Vergrösserung der Niere konnte nach L. nicht allein auf der aufsteigenden Pyelonephritis beruhen, sondern es musste vor der Entbindung eine Harnretention in der Niere, vielleicht durch Compression des Ureters, stattgefunden haben. Die Bakteriurie war wahrscheinlich dadurch entstanden, dass die Bakterien aus den äusseren Genitalien durch die Harnröhre nach der Blase eindrangen und sich hier entwickelten. — Bei diagnostischen Schwierigkeiten, wie im mitgetheilten Falle, wenn der Zustand des Kr. einen Eingriff erfordert, ist es nach L. am besten, eine Probeincision zu machen; eine genauere Harnuntersuchung hätte aber nach L. in diesem Falle vielleicht Licht über die Natur des Leidens verbreiten können. — Nierenresektion zu diagnostischen Zwecken ist selten ausgeführt worden, L. machte sie in einem anderen Falle, in dem die Untersuchung eine maligne Geschwulst ergab, und Bloch in Kopenhagen hat sie ebenfalls ausgeführt. Walter Berger (Leipzig).

346. Sarcoma renis; Nephrektomia; Helbredelse; af Fr. Ramm. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1020. 1896.)

Bei einem 2 Jahre alten Knaben hatte seit 1 Jahre der Unterleib an Umfang zugenommen und gleichzeitig war die Harnmenge vermehrt. Im Sept. 1895 hatte Pat. eine Pneumonie durchgemacht, im Jan. 1896 wurde ein Knollen in der rechten Seite bemerkt, das Kind fing an, abzumagern. Der Harn enthielt nie Blut. Bei der Untersuchung im Krankenhause zu Tromsö fand sich im Juni 1896 die rechte Hälfte des Unterleibes mehr prominirend als die linke. Ueber der ganzen linken Seite bestand tympanitischer Perkussionschall, links matter Schall bis auf einen schmalen Streifen nach oben hin. Die Geschwulst war gespannt, elastisch, glatt, mit Furchen, die einen lobulären Bau anzudeuten schienen. Die Haut über ihr war beweglich, die Geschwulst selbst konnte nicht bewegt werden, nur vom Rectum aus schien sie etwas nach oben verschoben werden zu können. Die Consistenz der Geschwulst, die unempfindlich war, schien überall gleich zu sein. Der Harn, von dem, weil er in's Bett abging, keine grössere Menge gesammelt werden konnte, schien weder Eiter, noch Eiweiss, noch Blut zu enthalten. Am 7. Juni wurde ein Kreuzschnitt am äusseren

Rande des rechten Rectus abdominis gemacht. Das Colon ascendens lag an der inneren und hinteren Seite der Geschwulst, die sich mit Leichtigkeit lösen und aus der Wunde bringen liess, nachdem Gefässe und Ureter mit Zangen gefasst und abgeschnitten worden waren. Die Gefässe wurden gesondert unterbunden, der Ureter vor dem Abschneiden etwa 5 cm lang isolirt. Nach der Entfernung der Geschwulst wurde die Blutung sorgfältig gestillt, das Peritonaeum über der leeren Höhle geschlossen und die Bauchwunde in gewöhnlicher Weise geschlossen. Der Verlauf war günstig, der Harn wurde nach der Operation wie vorher in's Bett gelassen. Die Geschwulst hatte ziemlich die Grösse eines Kindeskopfes, umfasste die ganze Niere und war ein Sarkom. — R. hatte ursprünglich nur die Absicht gehabt, eine Probelaparotomie zu machen und entschloss sich zur Exstirpation nur der ausserordentlich günstigen Umstände halber.

Walter Berger (Leipzig).

347. **Tuberkulose der äusseren weiblichen Genitalien**; von Dr. F. Scheuck in Prag. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 526. 1896.)

Sch. berichtet über einen Fall von *primärer tuberkulöser Erkrankung der äusseren Genitalien* bei einem $4^1/_2$jähr. Mädchen. Das tuberkulöse Geschwür im Vestibulum vaginae war sicher durch primäre Contaktinfektion entstanden. Das Kind hatte die Gewohnheit, öfters an den Genitalien zu kratzen. „Im Verkehr mit der wahrscheinlich phthisischen Schwester und dem sicher tuberkulösen Nachbarskinde hatte es gewiss Gelegenheit, seine Hand mit Tuberkelbacillen zu beflecken. Die Möglichkeit, dass diese Hand mit einer aufgekratzten offenen Wunde in Berührung kam, liegt gewiss nahe. Andererseits könnte aber auch eine solche Wunde durch Berührung mit tuberkulösem Sputum oder Fäces inficirt worden sein, was namentlich an einem Orte, wie Reichenhall, leicht möglich wäre. Ein anderer Weg der Infektion lässt sich ungezwungen nicht finden, da trotz sorgfältigster Untersuchung im ganzen Körper, namentlich weder in den Lungen, noch im Abdomen, speciell im Beckenbauchfell kein tuberkulöser Herd nachzuweisen war." Das tuberkulöse Geschwür, sowie die beiderseitigen inficirten Inguinaldrüsen wurden operativ entfernt. *Heilung* bisher 8 Monate lang anhaltend.

P. Wagner (Leipzig).

348. **Zur Tuberkulose der äusseren weiblichen Genitalien**; von Dr. H. Küttner in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 533. 1896.)

Ausgedehnte *tuberkulöse Geschwürbildung der äusseren Genitalien* bei einem 6jähr. Mädchen. Frühzeitige Infektion der beiderseitigen Leistendrüsen. In keinem Organe war sonst irgend etwas von Tuberkulose nachweisbar. Operative Entfernung des Geschwürs und der Leistendrüsen. *Heilung* bisher 3 Monate nach der Operation festgestellt.

P. Wagner (Leipzig).

349. **Zur Casuistik seltener Missbildungen und Erkrankungen des Penis**; von Dr. Fr. Steckmetz in Strassburg. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 398. 1896.)

1) *Rudimentäre Bildung des Penis* bei einem 3monat. Knaben; Defekt des grössten Theils der Harnröhre: Urethra fistulosa rectalis. Aehnliche Beobachtungen sind in der Literatur noch 7 vorhanden, in denen entweder vollständiger Defekt des Penis vorlag oder, wie in dem vorliegenden Falle, rudimentäre Bildung bestand.

2) *Dilatation und Hypertrophie des Vorhautsackes* bei einem 2jähr. Knaben. Operation. 2 Wochen später Tod an Kehlkopfdiphtherie. Blase und Nieren normal. Eine eigentliche Stenose der Vorhautöffnung bestand nicht. Wahrscheinlich hatte sich im Laufe der ersten Monate ein ventilartiger Verschluss gebildet. Es ist wohl denkbar, dass durch ungewöhnlich feste Verklebung zwischen Eichel und innerem Blatte des Präputium das Orificium urethrae glandis und die Vorhautöffnung in einer Lage sich befanden, die das freie Ausströmen des Urins hinderte.

3) *Spontane Gangrän des Penis* bei einem 31jähr. Bäcker. *Heilung*.

P. Wagner (Leipzig).

350. **Fremdkörper in der Urethra**; von Dr. Schreiber. Mit 1 Abbildung. (Dermatol. Zeitschr. III. 3. p. 348. 1896.)

Ein 14jähr. Knabe wurde mit seit 8 Tagen bestehenden stechenden Schmerzen im Gliede der Lesser'schen Klinik zugeführt. Es bestand starke Schwellung und Röthung des Penis, besonders der Eichel; zu beiden Seiten der äusseren Harnröhrenmündung ragte aus je einer kleinen eiterbedeckten Wunde ein schwarzer Punkt hervor, der sich ohne Weiteres als die Spitze einer Haarnadel erkennen liess; ihre Biegung war an der hinteren Seite des Schaftes abzutasten. Jedenfalls war die Nadel bei Masturbation oder Spielerei in die Harnröhre eingedrungen und während der Erektion den Fingern entglitten; bei der nachfolgenden Erschlaffung mussten alsdann die weiter als das Lumen der Harnröhre aus einander klaffenden Spitzen der Haarnadel die Eichel von innen nach aussen in schwach divergirender Richtung durchbohrt haben. Eine im Hirschmann'schen Atelier vorgenommene Aufnahme mit X-Strahlen liess dieses Verhalten in voller Deutlichkeit wahrnehmen. In Narkose wurden die schon bei der Reinigung aus der Eichel hervortretenden Spitzen bis zur Hälfte der Nadellänge vorgezogen, alsdann die Biegung der Nadel durch Auseinanderziehen der Enden bis zum stumpfen Winkel verflacht und die Nadel hierauf durch Zug an einem Ende entfernt. Die Heilung trat ohne Weiteres in einigen Tagen ein.

Wermann (Dresden).

351. **Om behandlingen af ruptur af det bakre urinröret** *med 4 fall af ruptur af pars membranacea, däraf en bicykleskada*; af Prof. Dr. K. G. Lennander i Upsala. (Upsala läkarefören. förh. II. 2 och 3. p. 115. 1897.)

1) *Vollständige Abreissung der Pars membranacea urethrae; Heilung der Harnröhre per primam intentionem nach primärer transversaler Vereinigung derselben.*

Ein 46 Jahre alter Mann war am 28. Aug. 1896 beim Fahren auf dem Zweirad in einen Graben gefallen, wobei er mit dem Damme auf das Hinterrad aufgestaucht war. Beim Versuche, Harn zu lassen, ging nur Blut ab; ein Arzt versuchte vergebens, verschiedene Katheter einzuführen. Am 29. Aug., Vormittags, wurde in der chirurgischen Klinik in Chloroformäthernarkose operirt nach Einschnitt in die Rhaphe perinaei, der in eine grosse mit Blut gefüllte Höhle führte; ein in die Urethra eingeführter Katheter erschien am vorderen Ende der Ruptur, das obere wurde, $3^1/_2$ cm vom unteren entfernt, an der Spitze eines konischen Zapfens, der von ihrer Umgebung abgerissenen Prostata, entdeckt. Links von der Prostata fand sich ein deutlich von einem Katheter herrührender falscher Weg, der 5—6 cm nach oben ging. Die obere Wand der Harnröhre wurde durch 3 die ganze Dicke durchsetzende Catgutnähte (Nr. 2) vereinigt, die nach innen im Lumen der Harnröhre geknotet wurden. Ueber einem eingeführten *Nélaton*'schen Katheter (Nr. 14, um Reizung nach Möglichkeit zu vermeiden) wurde die untere Harnröhrenwand durch 3 Silkwormgut-Nähte vereinigt, die nicht durch die Schleimhaut gingen. Es wurde mit Jodoformgaze tamponirt und die Perinäalwunde wurde offen gelassen. Der durch Silkwormgut-Fäden an das Präputium befestigte Katheter wurde mit einem *Cathcart*'schen Saugapparat zur Blasendrainage verbunden. Der Verlauf war fieberfrei. Am 1. Sept. wurde wegen Eiter-

retention die Jodoformgaze links von der Prostata mit einem Drainrohr vertauscht. Am 19. Sept. wurde der Katheter entfernt; Pat. konnte ungehindert den Harn entleeren, musste dies aber ziemlich oft thun. Am 30. Sept. war die Harnentleerung normal und blieb es, eine Verengung der Harnröhre trat auch in der Folge nicht ein.

L. verbreitet sich eingehend über die bekannt gewordenen, durch Radfahren entstandenen ähnlichen Fälle, die aber nicht so schwer waren wie der mitgetheilte, in dem jedoch trotzdem allein eine primäre Vereinigung der zerrissenen Harnröhre erzielt wurde. Grosse Entfernung der Harnröhrenenden von einander mit Blut- und Harn-Infiltration der umgebenden Theile, sowie die Befürchtung bereits eingetretener Infektion machte in diesem Falle die ideale Vereinigung (fortlaufender extramuköser Saum mit feinem Catgut, Etagennaht des Perineum) unmöglich, doch geht aus diesem Falle hervor, dass Heilung der Harnröhre per primam intent. möglich ist, auch wenn das Perineeum nicht zusammeugenäht ist. Der Katheter konnte lange liegen bleiben, weil er keine Reizung der vorher ganz gesunden Harnröhre verursachte und der Saugapparat vorzüglich funktionirte.

Der Mittheilung dieses Falles fügt L. noch die von 3 weiteren Fällen von Harnröhrenzerreissung an, in denen er vor mehreren Jahren die Operation ausgeführt hat und neuerdings die Resultate der Heilung controliren konnte.

2) *Vollständige Zerreissung der Pars membranacea urethrae mit ausgedehnter Zerreissung des Beckenbodens* bei einem 39 Jahre alten Manne, der am 19. April 1893 beim Fallen einen Stoss gegen den hinteren Theil des Perinaeum in der Richtung nach vorn erlitten hatte. Ungefähr 24 Stunden nach dem Unfalle wurde in der Rhaphe perinaei und scroti ein Schnitt von der Wurzel des Penis bis fast zum Anus geführt. Alle Theile waren ödematös durchtränkt, die vordere Mastdarmwand war vom Damm und von der Prostata in grosser Ausdehnung durch ein Hämatom abgelöst, das sich in die linke Fossa recto-ischiadica fortsetzte. Zu beiden Seiten des Afters wurden grosse Winkelschnitte angelegt, in der dadurch geöffneten Höhle fand sich das centrale Ende der Harnröhre, das sich zurückgezogen hatte, die Ränder waren fetzig und leicht zerreissbar. Dieses Ende wurde nach oben an das Ligamentum arcuatum festgenäht und ein Drainrohr in die Blase eingelegt. Am 29. April wurde ein *Nélaton*'scher Katheter Nr. 17 durch die ganze Harnröhre in die Blase eingeführt, der Abstand der beiden Enden der Harnröhre von einander war ungefähr 1.5 cm. Es wurde mit Jodoformgaze tamponirt. Am 25. Mai wurde der Katheter ausgezogen. Die Harnentleerung ging unbehindert und schmerzlos von Statten. Nach 3½ Jahren, nachdem 2¾ Jahre lang keine Sonde mehr eingeführt worden war, hatte sich ziemlich dieselbe Weite der Harnröhre erhalten wie kurz nach der Operation.

3) *Partielle Ruptur der Pars membranacea urethrae mit ausgedehnter Contusion und Nekrose des Perinaeum* bei einem 50 Jahre alten Manne nach Tritt an den Damm in der Richtung von hinten nach vorn am 23. Dec. 1892. Am 24. Dec. konnte ein halbfester englischer Katheter Nr. 1 in die Blase eingeführt werden, was mit einem *Nélaton*'schen Katheter nicht gelungen war. Der Katheter verstopfte sich nach 1½ Tagen. Am 26. Dec. fand man bei der Operation, dass an der unteren und rechten Seite der Pars membranacea gerade unter dem Lig. arcuatum sich ein Riss befand. Ausgedehnte Thrombosirung und Zerreisslichkeit der Gewebe hinderte jeden Versuch, den Riss zu nähen, und machte die Urethrotomia externa nöthig. Am 22. Jan. wurde der Verweilkatheter entfernt, die Harnentleerung war normal. Die Harnröhre funktionirte 4 Jahre lang normal, sie war verengt, liess sich aber erweitern.

4) *Vollständige Abreissung der Pars membranacea urethrae* bei einem 52 Jahre alten Manne durch einen heftigen Stoss gegen das Perinaeum am 10. Mai 1892. Bei der Operation am 11. Mai fand man die Urethra in der Pars membranacea durchgerissen, die Prostata lag frei in einer mit Blut und Harn gefüllten Höhle. Der Versuch, die beiden Harnröhrenenden am 21. Mai durch eine Sutur zu vereinigen, misslang, weil die Naht durchschnitt. Bei liegen bleibendem Katheter erfolgte Heilung mit einer engen Perinäalfistel und Striktur der Harnröhre. Am 18. Oct. wurde die partielle Urethrektomie ausgeführt, mindestens 5 cm von der unteren Wand und von den Seitenwänden der Harnröhre wurden in der Pars bulbosa und in der Pars prostatica ausgeschnitten und die Harnröhre wurde aus dem Perinaeum wiedergebildet, das über dem eingelegten Katheter mit 2 bis 3 Reihen versenkter Catgutnähte (Nr. 2) in den Weichtheilen und mit Silkwormgut in der Haut geschlossen wurde, ohne Drainage. Wegen reichlichen Eiterausflusses aus der Harnröhre musste der Katheter am 22. Oct. entfernt werden; Pat. konnte den Harn unbehindert lassen, aber am 24. fand man an einem der Suturlöcher eine Fistel im Perinaeum, deren Verschluss nicht gelang. Später stellte sich in Folge von Störung der Harnentleerung durch eine Klappenbildung an der oberen Harnröhrenwand in der Pars membranacea Cysto-Pyelo-Nephritis ein, die die Epicystotomie am 16. Mai 1893 nöthig machte, mit Bildung einer permanenten Blasenfistel über der Symphyse. Nach 3½ Jahren war Pat. noch gesund und arbeitsfähig. Neue Versuche, die Harnröhre wieder herzustellen, wurden nicht gemacht, da sie wenig Aussicht versprachen, weil die Striktur zu hoch lag und Pat. sich ganz wohl befand.

Die Behandlung frischer Harnröhrenrupturen im hinteren Theile erfordert einen erfahrenen Chirurgen. Wenn mässige Blutung aus der Harnröhre, keine oder unbedeutende Schwellung des Perinaeum vorhanden ist und keine Schwierigkeit, den Harn zu entleeren, so ist es am besten, den Pat. im Bette liegen und übrigens in Ruhe zu lassen. Ist die Harnentleerung schwierig oder unmöglich, aber die übrigen Symptome sind gering, so versuche man einen Verweilkatheter einzulegen. Ist die Katheterisation gelungen, so muss Pat. fortwährend sorgfältig überwacht werden wegen der verschiedenen Störungen, die leicht und rasch eintreten können. Wenn die Katheterisation misslingt oder die Symptome von Anfang an auf einen schweren Fall hindeuten, so ist sofort zu operiren. Bei solchen frühzeitigen Operationen sind die verschiedenen Theile leicht zu erkennen und, wenn sie nicht allzu sehr zertrümmert sind, wohl geeignet für eine primäre Vereinigung.

Walter Berger (Leipzig).

352. **Fractura pelvis, ruptura partis membranaceae urethrae et renis sinistri; lithiasis vesicalis; urethrotomia externa; epicystotomia**; af Dr. G. Naumann. (Hygiea LVIII. 9. s. 200. 1896.)

Ein 29 Jahre alter Arbeiter, der am 22. Aug. 1895 im Länlazareth in Helsingborg aufgenommen wurde, war

an demselben Tage zwischen eine Steinmauer und vorbeifahrende Eisenbahnwagen geklemmt worden, wobei er mehrere Male rund herum gedreht worden war. Er war bei voller Besinnung; trotz Harndrang hatte er seit dem Unfalle keinen Harn entleeren können; mehrfache Versuche, zu katheterisiren, waren nicht gelungen wegen Widerstandes, auf den der Katheter gleich hinter der Symphyse traf, ein in das Rectum eingeführter Finger fühlte die Katheterspitze dicht unter der Schleimhaut. Bei der Untersuchung fand sich eine Fraktur des rechten Os ischii. Ueber der rechten Niere fand sich deutliche Dämpfung. Nach dem Perinäalschnitte (wie bei Urethrotomia externa) fand sich, dass die Harnröhre quer durchgerissen war; das vermuthlich hinter der Symphyse liegende centrale Ende konnte nicht aufgefunden werden. Deshalb wurde sofort die Epicystotomie gemacht; die Blase enthielt stark mit Blut gemischten Harn, aber keine Coagula. Durch die Wunde wurde die Blase drainirt, aber am nächsten Tage ging kein Harn durch das Drainrohr, sondern nur durch die Dammwunde, wohl aber in der folgenden Nacht. Vom 25. bis 30. Aug. war die Temperatur stetig um 39° herum, dann sank sie wieder etwas, der Harn wurde klar. Am 4. Sept. trat Erbrechen kaffeesatzähnlicher Massen auf.

Am 10. Sept. wurde in Chloroformnarkose ein elastischer Katheter mit Mandrin von der Blase aus in die Harnröhre und aus der Perinäalwunde geführt, der Mandrin zurückgezogen und ein *Nélaton*'scher Katheter durch das vordere Stück der Harnröhre geführt, bis er aus der Dammwunde herauskam, und dann mittels eines daran angebrachten Fadens durch das centrale Ende der Harnröhre bis in die Blase gezogen. Auf diesem Wege wurde die Blase täglich ausgespült. Das centrale Ende der Harnröhre war so unzugänglich, dass eine Vereinigung beider Enden durch Sutur unausführbar schien. Die Temperatur hielt sich während des ganzen Septembers und zu Anfang October um 38° oder wenig darunter, der Allgemeinzustand war aber im Ganzen gut.

Am 11. Oct. wurde ein Versuch gemacht, nachdem der stark inkrustirte *Nélaton*'sche Katheter und der mit Kalkablagerungen inkrustirte Faden herausgezogen waren, eine elastische geknöpfte Sonde einzuführen, es gelang aber nicht, weshalb ein neuer *Nélaton*'scher Katheter eingeführt wurde. Als er am 25. Oct. wie gewöhnlich zur Reinigung herausgenommen worden war, gelang es nicht, ihn wieder einzuführen, weil der Faden in die vordere Harnröhrenwand einschnitt; er wurde deshalb abgeschnitten und entfernt. Der Harn ging spontan durch die Harnröhre ab, die Wunde über der Symphyse und die Dammwunde heilten. In der Folge stellten sich Steinbeschwerden ein und am 18. Dec. wurde mittels Epicystotomie ein taubeneigrosser Stein entfernt. Ein Katheter konnte von der Harnröhre aus leicht in die Blase eingeführt werden, weil die Blasenmündung der Urethra etwas nach links verschoben war und an dieser Stelle festes Narbengewebe bestand, später aber gelang es, mit Mühe eine Sonde einzuführen. Am 10. Febr. 1896 wurde von Neuem der Steinschnitt nöthig. Danach wurde ein Verweilkatheter eingelegt, der bis zum 14. liegen blieb und nicht inkrustirt war, als er entfernt wurde. Am 14. März wurde Pat. mit einer geknöpften elastischen Sonde Nr. 20 entlassen, die er selbst einzuführen gelernt hatte.

N. nimmt an, dass die Harnröhrenzerreissung durch den Ramus ascendens des gebrochenen Os ischii zu Stande gekommen sei, der bei den wiederholten Umdrehungen des Körpers gegen den oberen Theil der Harnröhre gepresst wurde, wobei gleichzeitig eine Verschiebung des unteren Theiles der Blase mit der Prostata nach links bewirkt wurde. Dass auch eine Zerreissung der linken Niere vorlag, dafür sprach die Dämpfung über ihr.

Walter Berger (Leipzig).

353. **Cystocele inguinalis**; von Dr. U. Monari in Bologna. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 479. 1896.)

M. theilt 6 Fälle von *Cystocele* mit, die er bei 223 Radikaloperationen von Hernien beobachten konnte. Mit Ausnahme eines Falles, in dem die Blase wegen ihres innigen Zusammenhanges mit dem Bruchsacke, sowie der übermässigen Dünnheit ihrer Wandungen wegen zufällig verletzt wurde, vermochte M. stets die Blase zu erkennen und zu verschonen. Die *Symptome*, die *vor der Operation* zu einer Diagnose auf Cystocele berechtigen, sind Beschwerden bei Entleerung der Blase, und zwar in höherem Maasse, wenn die Hernie hervorgetreten ist, hauptsächlich charakterisirt durch Tenesmus, Retention des Harns, zuweilen auch durch leichte Hämaturie, Harndrang bei Druck auf die Bruchgeschwulst oder auch Unmöglichkeit, den Harn abzulassen, sobald diese nicht comprimirt wird. Stösst man *bei Vornahme einer Herniotomie* auf durch starke, faserige Septa innig unter einander verbundene Fettlappen, die consistenter als gewöhnliches Fett sind, innig mit den tiefliegenden Theilen verwachsen sind, ohne dabei an Haut-, bez. Unterhautgewebe zu adhäriren, so muss die Möglichkeit des Vorhandenseins einer Cystocele ohne Weiteres in Betracht gezogen werden. Der Verdacht wird aber fast zur Gewissheit werden, sobald das Lipom bei seinem tieferen Eindringen in das Abdomen nicht denselben Weg einschlägt wie der Bruchsack bei der Hernia inguinalis obliqua ext., sondern von diesem durch die epigastrischen Gefässe getrennt liegt.

Steht die Diagnose auf Cystocele einmal fest, so ist es auch bei aller Vorsicht nicht immer möglich, diese letztere von der Umgebung zu lösen, ohne dabei die Blase zu verletzen. Hat sich ein solcher Zufall ereignet, so lassen sich etwaige bedenkliche Complikationen dadurch verhüten, dass man für eine sofortige Schliessung der Wunde mittels einer 2—3fachen Naht Sorge trägt. Bei bestehender Cystitis wird man gut thun, die Hautwunde nicht vollständig zu schliessen, sondern eine bis an die Blase heranreichende Drainage aus Gaze anzulegen, um bei etwaiger Fistelbildung eine Harninfiltration zu verhüten. Die Einlegung eines bleibenden Katheters ist nicht zu empfehlen.

P. Wagner (Leipzig).

354. **Sur la cystocèle crurale**; par R. Petit et L. Imbert. (Gaz. hebd. XLIII. 97. Déc. 3. 1896.)

46jähr. Kr. Seit 2 Jahren in der *linken* Schenkelbeuge ein etwa nussgrosser Tumor, der beim Husten grösser wurde und langsam wuchs, theilweise reponibel, keine Urinbeschwerden.

Radikaloperation: Bei Isolirung des Bruchsackes Eröffnung einer *angelagerten* glattwandigen Höhle, die sich bei näherer Untersuchung (Katheter) als die Blase entpuppte. Etagennaht der Blasenwunde, Versenkung, Naht des Bruchringes u. s. w. Verweilkatheter 48 Stunden. Heilung.

F. Krumm (Karlsruhe).

355. **Zur operativen Behandlung der Varicocele**; von W. v. Zoege-Manteuffel. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 42. 1896.)

Erwägungen über die anatomisch-mechanischen Ursachen der Varicocele, die Z.-M. in den ungünstigen Bedingungen für den Blutrücklauf sucht, haben ihn veranlasst, anstatt der Unterbindung und Resektion des Plexus pampiniformis, durch Verlegung des Samenstranges im Sinne der Bassini'schen Bruchoperation Heilung des Leidens zu erstreben. Durch die damit verbundene Verkürzung des Funic. sperm., durch die intramuskuläre Lagerung eines Abschnittes des Samenstranges soll eine Druckentlastung im venösen Blutstrom herbeigeführt werden. Da bei der Operation das Peritonaeum nicht eröffnet wird und die Gefässe des Samenstranges unverletzt bleiben, ist der Eingriff an sich und auch speciell für die Funktion des Hodens ungefährlich. Z.-M. führt 2 Fälle an, in denen er durch das Verfahren völlige Heilung erzielt hat. F. Krumm (Karlsruhe).

356. **Résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate**; par le Dr. Paul Walton. (Belg. méd. III. 3. p. 65. 1896.)

76jähr. Prostatiker mit völliger Retentio urinae, seit Jahren auf Katheterismus angewiesen. In Cocainanästhesie wurde rechts eine einfache Seidenligatur um das von Gefässen isolirte Vas deferens gelegt und dieses ohne Resektion abgebunden; links wurde der Samenstrang in der Länge von 10 cm resecirt. 8 Tage nach der Operation konnte der Kr. zum ersten Male seit langer Zeit wieder spontan uriniren, in der Folgezeit war nur zeitweise Katheterismus nothwendig. 3 Wochen nach der Operation war der rechte Prostatalappen um die Hälfte verkleinert, aber noch derb, der linke war weicher geworden wie früher, aber fast noch eben so gross. Der linke Hode war atrophirt, der rechte war es schon früher [!] in Folge eines grossen rechtsseitigen Scrotalbruches. Tod des Kr. 7 Wochen nach der Operation an intercurrenter Krankheit. Marwedel (Heidelberg).

357. **Kastration ved Prostatahypertrofi**; af G. Gabrielsen. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1025. 1896.)

Bei einem 72 Jahre alten Manne, der seit $2^1/_2$ Jahren an Hypertrophie der Prostata mit Dysurie und Harnincontinenz litt, führte G. am 14. Dec. 1895 die Castration auf beiden Seiten aus. Nach der Operation war der Pat. unruhig, benommen, hatte Delirien und Hallucinationen, riss sich wiederholt den Verband ab, er beruhigte sich aber allmählich und das Sensorium wurde klarer. Am Tage nach der Operation war die Menge des Residualharns, die vorher 45 g betragen hatte, auf 30 g gesunken. Die Wunde heilte gut und die Harnentleerung wurde bald natürlich. Am 3. Jan. war Pat. vollständig gesund, am 2. Mai liess sich eine bedeutende Abnahme des Umfanges der Prostata nachweisen.
Walter Berger (Leipzig).

358. **Bidrag till statistiken öfver kastration vid prostatahypertrofi**; af G. Ekehorn. (Hygiea LVIII. 8. s. 148. 1896.)

1) Ein 70 Jahre alter Mann litt schon lange an häufigem Harndrang, Anfang 1895 hatte er Beschwerden beim Harnlassen, am 19. März stellte sich vollständige Retention ein, die nur durch den Katheter gehoben werden konnte, er lernte sich selbst den Katheter einführen und benutzte ihn stets. Im Sommer begann Cystitis sich einzustellen, die allen Mitteln trotzte. Es bestand Prostatahypertrophie. Am 18. Januar 1896 wurde die doppelseitige Castration ausgeführt. Die Wunde heilte normal. Ohne jede Behandlung begann der mit dem Katheter entleerte Harn allmählich klar zu werden und der vorher sehr herabgekommene Kr. erholte sich. Nach einigen Tagen ging der Harn normal ab und am 13. Febr. wurde der Kr. entlassen. Am 3. März dauerte die Besserung fort, aber die Menge des Residualharns war von 25 auf etwa 50 ccm gestiegen.

2) Der 68 Jahre alte Pat. hatte schon seit mehreren Jahren häufigeren Harndrang, manchmal stockte die Harnentleerung, die Schwierigkeit bei der Harnentleerung nahm allmählich zu, bis am 24. Febr. 1896 vollständige Retention eintrat und fortwährend katheterisirt werden musste. Es traten Zeichen von Cystitis auf. Vom Rectum aus fühlte man die Prostata etwas vergrössert, etwa 3 Finger breit, die Seitenlappen fühlten sich sehr hart an. Am 14. März wurde beiderseits die Castration ausgeführt, wonach normale Heilung eintrat. Der Katheter musste noch eine lange Zeit angewendet werden, während der ersten 14 Tage nach der Operation konnte Pat. noch nicht von selbst den Harn entleeren. Erst am 1. April, 16 Tage nach der Operation begann normale Harnentleerung, die immer mehr zunahm, bei der Entlassung am 25. April wurde der Katheter nicht mehr gebraucht, aber die Menge des Residualharns betrug noch 125 g; eine Verkleinerung der Prostata konnte nicht nachgewiesen werden.

3) Der an Prostatahypertrophie mit im Ganzen geringen Beschwerden leidende 62 Jahre alte Pat. hatte doch am 18. Juli 1895 einen Anfall von vollständiger Retention. Durch Katheterisiren besserte sich der Zustand, und Pat. konnte selbst den Harn entleeren, aber es blieben stets 500 g Residualharn. Der Harn war klar, die Prostata war nicht sehr vergrössert. Am 27. Juli wurde die Castration auf beiden Seiten ausgeführt, die Heilung ging normal von Statten, die Menge des Residualharns war bei der Entlassung auf 75 g gesunken, eine Verkleinerung der Prostata war nicht nachzuweisen.

4) Der 73 Jahre alte Kr. hatte schon seit seinem 50. Lebensjahre an vermehrtem Harndrang gelitten, der immer häufiger wurde. Im November 1894 war er wegen Cystitis in einem Krankenhause behandelt worden, seitdem musste er sich täglich selbst katheterisiren. Am 16. März 1896 brachte er dies nicht mehr zu Stande und musste im Krankenhause Hülfe suchen. Der abgezapfte Harn enthielt Eiterkörperchen. Die Prostata war nicht sehr vergrössert, aber hart. Nach der am 24. März auf beiden Seiten ausgeführten Castration konnte Pat. zum Theil den Harn selbst lassen, aber den Katheter konnte er noch im August nicht ganz entbehren. Die Prostata schien etwas an Härte und Umfang verloren zu haben.
Walter Berger (Leipzig).

359. **Några fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration eller resektion af vas deferens**; af J. Rissler. (Hygiea LVIII. 12. s. 662. 1896.)

1) Ein 79 J. alter Mann litt seit 3 J. an Prostatahypertrophie und zeitweise an Blutungen durch die Harnröhre. Wegen einer neuen Blutung wurde er am 10. Sept. 1895 im Maria-Krankenhaus in Stockholm aufgenommen. Die Prostata war vergrössert, stark vorgebuchtet in das Rectum, hart und knollig, das obere Ende konnte mit dem Finger nicht erreicht werden. Wegen Harnretention musste katheterisirt werden; da es am 14. Sept. auch durch Katheterisation und Adspiration nicht möglich war, den Harn zu entleeren, wurde die Epicystotomie gemacht. Dabei fand sich die Blase von einem grossen Gerinnsel gefüllt, die Prostata bildete eine Vorbuchtung in die Blase. Der Zustand des Kr. besserte sich wesentlich. Am 7. Oct. wurde die Castration ausgeführt. Am 30. Oct. (R. liess absichtlich so lange Zeit vergehen) war die Prostata ent-

schieden flacher und sprang weniger in das Rectum vor, aber der obere Rand der Drüse konnte noch nicht erreicht werden, auch eine Veränderung in der Consistenz konnte noch nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden. Die Drainage der Blase geschah durch die Fistel, deren definitive Heilung sich wegen Eiterung der Blasenwand um eine Sutur verzögerte. Anfang November machte Pat. Versuche, den Harn spontan zu entleeren, diese fielen anfangs nicht besonders gut aus, bald aber besser und die Harnentleerung ging gut von Statten, doch war noch viel Residualharn (am 3. Dec. 100 ccm) vorhanden. Die Prostata war zu dieser Zeit entschieden verkleinert, auch weicher geworden, veränderte sich aber später nicht weiter. Später gab Pat. Nachricht, dass er keinerlei Harnbeschwerden habe. Im Febr. 1896 starb er, die näheren Ursachen seines Todes konnten aber nicht festgestellt werden.

2) Ein 73 Jahre alter Mann, der seit 6 Jahren an Harnbeschwerden litt, wurde am 27. Dec. 1895 wegen seit dem vorhergehenden Tage vorhandener Harnretention aufgenommen. Die Prostata war vergrössert, so dass der obere Rand nur schwer mit dem Finger erreicht werden konnte; der linke Lappen war mehr vergrössert als der rechte. (Pat. hatte in seiner Jugend an Epididymitis auf der rechten Seite gelitten, der rechte Hode war klein und atrophisch.) Der untere Theil der Prostata ragte in das Rectum vor, die hintere Fläche war glatt und nicht sehr hart. Am 29. Dec. wurde die Castration vorgenommen, deren Heilungsverlauf durch eine geringe Funiculitis der rechten Seite verzögert wurde. Am Tage nach der Operation konnte Pat. den Harn spontan lassen, doch blieb häufiger Harndrang und die bestehende Cystitis war sehr hartnäckig. Bei der Entlassung am 16. Jan. 1896 war die Prostata kleiner und weicher geworden, sie ragte nicht mehr in das Rectum vor und der linke Lappen war kleiner. In der Folge besserte sich der Zustand noch mehr, im Mai 1896 war aber immer noch häufiger Harndrang vorhanden und der Harn enthielt Eiter; auch im October war die Harnentleerung noch häufiger als normal, was aber Pat. mehr der Gewöhnung als wirklichem Bedürfniss zuschrieb. Die Prostata hatte sich nicht weiter verändert.

3) Der 77 Jahre alte Kr., der am 1. Juli 1896 aufgenommen wurde, litt schon lange an Harnbeschwerden und hatte wiederholt vorübergehend Retention gehabt. Am Tage vor der Aufnahme waren der Abzapfung Schwierigkeiten entgegengetreten. Die Prostata war vergrössert, rechts mehr als links. Als die Katheterisation mit vieler Schwierigkeit gelang, ging stark mit Blut gemischter Harn ab. Am 4. Juli wurde die Castration ausgeführt. Danach war die Katheterisation wesentlich erleichtert. Bis zu seiner Entlassung am 20. konnte Pat. den Harn noch nicht spontan entleeren, doch kam es später noch so weit, dass keine Katheterisation mehr nöthig war. Am 9. Sept. starb der Kr. an Altersmarasmus.

4) Der am 18. April 1896 aufgenommene 60 Jahre alte Kr. hatte schon seit Jahren an Harnbeschwerden in Folge einer nach Tripper entstandenen Striktur gelitten. Er hatte sehr häufigen Harndrang und litt an Cystitis. Die Prostata war etwas vergrössert. Am 13. Mai wurde die Resektion des Vas deferens auf beiden Seiten ausgeführt und, weil danach keine Besserung eintrat, am 9. Juni die doppelseitige Castration. Aber auch dieser Eingriff brachte keine wesentliche Besserung, erst im späteren Verlauf wurden die Harnbeschwerden geringer, im October war keine Cystitis mehr vorhanden, die Prostata war etwas kleiner als vorher und entschieden weicher.

5) Der 84 Jahre alte Kr., der schon lange an Harnbeschwerden und schon wiederholt an vollständiger Harnretention gelitten hatte, aber nach Katheterisation die Fähigkeit, willkürlich Harn zu lassen, wieder erlangt hatte, wurde am 14. April 1896 mit vollständiger Retention und symmetrisch vergrösserter Prostata aufgenommen. Der Harn enthielt keine abnormen Bestandtheile. Da das Vermögen der spontanen Harnentleerung nicht wiederkehrte, wurde am 18. April die Resektion des Vas deferens auf beiden Seiten gemacht. Schon am nächsten Tage begann Pat. von selbst etwas Harn zu lassen und am 3. Tage war die Harnentleerung so vollständig, dass nur wenig Residualharn blieb. Bei der Entlassung am 28. April war keine Veränderung der Prostata nachzuweisen, auch später nicht, als Pat. am 11. Juli mit einer Fraktur des Schenkelhalses aufgenommen wurde. Während der ganzen Zeit war Pat. frei von Harnbeschwerden gewesen, aber in Zusammenhang mit der Fraktur war vollständige Retention eingetreten, die indessen binnen 3 Tagen geheilt wurde. Am 30. Sept. wurde Pat. vollkommen gesund entlassen.

Deutliche Verkleinerung der Prostata trat nur in den beiden ersten Fällen ein, doch ist wohl auch im 3. Falle die Erleichterung der Katheterisation nach der Operation in diesem Sinne zu deuten. Linderung der Harnbeschwerden wurde in den 3 ersten Fällen wohl beobachtet, aber keine vollständige Heilung. Geistesstörung nach Castration betrachtet R. nicht als Folge der Castration selbst, sondern der Operation überhaupt und erwähnt einen Fall, in dem eine akute typische Manie sich nach einer Gastroenterostomie entwickelte. In keinem der beiden von R. mitgetheilten Fälle, in denen die Pat. einige Monate nach der Operation starben, konnte der Tod als Wirkung der Operation betrachtet werden. Walter Berger (Leipzig).

360. **Des déviations du rachis en neuropathologie**; par Mirallié. (Revue d'Orthop. Nr. 5 et 6. 1896.)

Der Ueberblick, den M. über das grosse Gebiet der neuropathischen Rückenverkrümmungen giebt, ist und kann zunächst nur sein ein skizzenhafter. Aber er genügt, um die Aufmerksamkeit auf dieses noch wenig bearbeitete Feld hinzulenken.

In 3 Gruppen gesondert ziehen die cerebralen, spinalen und peripherischen Krankheiten an uns vorbei, bei denen skoliotische, kyphotische oder lordotische Verbiegungen beobachtet sind. Ausserordentlich viele interessante Einzelheiten werden gestreift und wenn auch nur kurz in ihrer Bedeutung gewürdigt. Eine abgeschlossene, auf umfassender Literaturverwerthung ruhende Abhandlung wird nicht gegeben, aber die Arbeit muss als Vorläuferin einer solchen gewiss werthgeschätzt werden. Vulpius (Heidelberg).

361. **Des difformités de la colonne vertébrale à la suite de fractures méconnues**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 6. 1896.)

Wie Kümmell, Henle u. A. hat auch K. beobachtet, dass an Verletzungen der Wirbelsäule sich bisweilen Deformirungen anschliessen, nachdem anscheinend Heilung bereits eingetreten ist. Ein Fall dieser Art wird beschrieben und abgebildet, in dem nach schwerem Sturz aus beträchtlicher Höhe sich eine starke Kyphose entwickelte.

Nach K.'s Ansicht dürfte es sich in derartigen Fällen stets um verkannte Frakturen der Wirbel handeln. Vulpius (Heidelberg).

362. **Des scolioses liées à un développement inégal des membres inférieurs**; par Gendron et Brunet. (Ann. de la Policlin. de Bord. IV. 8. p. 229. Mars 1896.)

G. u. B. schildern im Zusammenhange eine Gruppe von Skoliosen, die sich bei genauer Prüfung als bedingt erweisen durch eine ungleiche Länge der Beine.

Die Differenz von 1—2 cm fällt, da sie kein Hinken erzeugt, nicht auf, bedingt aber Schiefstand des Beckens und skoliotische Haltung, die allmählich fest wird und Torsionerscheinungen im Gefolge hat.

Die Längendifferenz der Beine ist nicht eben selten und für unsere Therapie natürlich von einschneidender Bedeutung. Die Mahnung G. u. B.'s, eine Untersuchung wegen Skoliose nicht abzuschliessen, ehe die Beine gemessen sind, ist darum sehr zu beherzigen. Vulpius (Heidelberg).

363. **Supplementary notes on tendon grafting and muscle transplantation for deformities following infantile paralysis**; by Sam. E. Milliken, New York. (New York med. Record L. 22. p. 771. Nov. 28. 1896.)

M. hat bei den durch spinale Kinderlähmung hervorgerufenen Deformitäten durch Sehnenaufpfropfung und Muskeltransplantation in mannigfacher Beziehung Besserungen erzielt. An 9 Kr. hat er 14 Operationen vorgenommen, und zwar 1) die Transplantation des M. sartorius in die Scheide des gelähmten Ext. quadriceps femoris 2mal; 2) die Vereinigung des M. gastrocnemius mit dem gelähmten Peronaeus long. und brev. 2mal; 3) die Vereinigung des Ext. hall. long. mit dem gelähmten Tibialis anticus 5mal; 4) des Ext. dig. long. mit dem gelähmten Tibialis anticus 1mal; 5) des Tibialis anticus mit dem gelähmten Ext. digit. long. ebenfalls 1mal; 6) des Ext. hall. propr. mit dem Ext. dig. long. 1mal; 7) des Flex. hall. long. mit der Sehne des gelähmten M. tibialis anticus 1mal; 8) Ersatz des gelähmten M. triceps durch einen abgelösten Theil des M. deltoid. 1mal.

Für den Erfolg von Wichtigkeit sind primäre Wundheilung, beste Technik, Immobilisirung des Gliedes und jugendliches Alter des Kranken.

F. Krumm (Karlsruhe).

364. **Traitement orthopédique des affections tabéto-spasmodiques infantiles**; par Bonnardière. (Revue d'Orthop. Nr. 6. 1896.)

Die angeborene Gliederstarre (Little'sche Krankheit) ist einer systematisch durchgeführten Behandlung recht wohl zugänglich, wie 13 von B. beschriebene, von Vincent in Lyon ausgeführte Operationen zeigen.

In Narkose wird entweder durch Redressement oder durch multiple Tenotomien eine Stellungscorrektur herbeigeführt und durch Lagerung in eine geeignete Lade festgehalten. Nach 4 bis 6 Wochen beginnt die richtige Nachbehandlung mit Massage, Gymnastik, orthopädischen Apparaten.

Vulpius (Heidelberg).

365. **Deux observations de symphyse des membres à la suite de brûlures étendues**; par Piéchand. (Revue d'Orthop. Nr. 2. 1895.)

P. schneidet die von Verbrennung herrührenden Narben nicht aus, sondern bildet aus ihnen Lappen, deren Basis weit im Gesunden liegt, so dass ihre Verschiebung und damit die Deckung des Defektes möglich ist.

Er beschreibt und bildet ab die sehr günstig verlaufene Operation zweier Verwachsungen, die durch nicht behandelte Verbrennungen entstanden waren. Im einen Fall war der Oberarm mit dem Thorax, im anderen waren die Oberschenkel untereinander verwachsen. Vulpius (Heidelberg).

366. **Zur Behandlung der Schenkelhalsbrüche**; von Dr. W. Liermann in Frankfurt a. M. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46. 1896.)

In der bei Schenkelhalsbrüchen einzuschlagenden Therapie schliesst sich L. im Wesentlichen den von Bryant ausgesprochenen Grundsätzen an: Bei Einkeilung, Bestehenlassen dieser; vorsichtige und schonende Redression, Immobilisirung und Ruhigstellung der Fragmente, schwache Extension des verletzten Beines. Und vor Allem möglichste Abkürzung der Bettruhe. Letzteres ist nur durch eine „ambulante Verbandmethode“ zu erreichen. Hierbei kann eine Distraktion und weiterhin eine Fixation der Bruchenden in richtiger Stellung nur durch einen Modellverband zu Stande kommen. Die Forderungen, die an eine „ambulante Verbandmethode“ für Schenkelhalsbrüche alter Leute zu stellen sind, werden nach L.'s Erfahrung durch die *Schraubenextensionschiene* erfüllt, die er zuerst als Modifikation der *Harbordt*'schen Schiene zur Verwendung für Brüche des Ober- und Unterschenkels beschrieben hat. Die geringe Extension innerhalb der exakt an Ober- und Unterschenkel angewickelten Entlastungschiene genügt nicht nur völlig, um die Fragmente in richtiger Stellung zu fixiren, das Freigeben des Hüftgelenkes wirkt auch höchst günstig auf die Heilung ein. P. Wagner (Leipzig).

367. **De l'ostéotomie oblique dans les ankyloses vicieuses de la hanche**; par Redard et Hennequin. (Revue d'Orthop. Nr. 2. 1896.)

R. u. H. beleuchten die Vorzüge der in der Ueberschrift genannten Operation (die Abschrägung geschah von aussen oben nach innen und unten und von der Spitze des grossen Trochanters bis unter den kleinen Rollhügel) auf Grund eines Falles.

25jähr. Mann. Hüftankylose nach Coxitis in Beugung von 45°, Adduktion und Innenrotation, Gesammtverkürzung von 25 cm. An die schiefe Osteotomie schloss sich unter kräftiger Extensionbehandlung eine glatte Heilung, die die Verkürzung auf 11 cm reducirte. Die Verlängerung durch Umschiebung der Fragmente betrug 2 cm.

Die Vorwürfe, die der Methode gemacht werden (Gefahr der Fragmentanspiessung in der Muskulatur, ungenügende Adaption der Meisselflächen, Splitterung) werden von R. und H. entkräftet. Vulpius (Heidelberg).

368. **Manuel opératoire et résultats de l'arthrodèse tibio-tarsienne**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 2. 1896.)

Samter hat zum Zwecke der Arthrodese des Sprunggelenks einen hinteren Längsschnitt empfohlen, von dem aus nicht nur das Tibio-Tarsalgelenk, sondern auch das Gelenk zwischen Talus und Calcaneus verödet wird. Karewski hielt die Operation des oberen Gelenkes, die er von einem rücksichtlosen Querschnitte aus macht, für ausreichend.

K.'s Erfahrungen, die er bei 15 Operationen sammelte, sprechen zu Gunsten Samter's bezüglich der Ausdehnung des Eingriffes auf beide Gelenke. Dagegen hält er die Schnittführung beider deutschen Aerzte für unzweckmässig. Er selber geht in folgender Weise vor: Zunächst von einer kleinen Incision aus supramalleoläre Osteotomie der Fibula, dann hufeisenförmiger Schnitt am Malleolus internus mit Durchtrennung der Ligamente, Umwälzung des Fusses nnd Entfernung der freigelegten Knorpelflächen bis auf den Knochen. Alsdann Vernagelung des unteren Sprunggelenkes mit Elfenbeinstiften. Die Erfolge lassen sich aus den beigegebenen Krankengeschichten und Abbildungen geheilter paralytischer Klump-, Platt- und Spitzfüsse entnehmen. Vnlpins (Heidelberg).

369. **Traitement chirurgical du pied bot paralytique**; par Jules Brunswic. (Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 65. 155. Févr.—Mars 1896.)

Die verschiedenen Methoden, die bei der Behandlung des paralytischen Klumpfusses in Betracht kommen, werden gegen einander abgewogen. B. hält die Tarsektomie für erfolglos, weil wegen der fehlenden Muskelaktion stets ein Recidiv eintreten müsse. Bleibt es aus, so geschehe dies nur, weil eine Versteifung des Sprunggelenkes als unbeabsichtigte Folge der Operation entstanden sei. Er empfiehlt die methodische Versteifung des oberen und unteren Sprunggelenkes, die Arthrodese, deren Geschichte und Technik ausführlich besprochen werden. Bei starker Knochendeformirung combinirt er Tarsektomie und Arthrodese. Eine Knochennaht hält er für überflüssig. Den Zeitpunkt der Operation hält er für gekommen, wenn ein Jahr seit Eintreten der Paralyse vergangen und damit die Aussicht auf Genesung geschwunden ist. Bei Reichen könne man etwas länger warten, er betrachtet die Arthrodese also wie Viele als „Operatio pauperum".

Die meist nothwendige Achilloteuotomie wird nicht subcutan, sondern von einem Längsschnitt aus gemacht. Das forcirte Redressement, das das Skelet schont und darum gewiss der Tarsektomie vorzuziehen ist, wird nicht erwähnt. Die Sehnentransplantation betrachtet B. als operative Spielerei, da (oder besser obwohl) er keine Erfahrung hierüber besitzt. Vulpius (Heidelberg).

370. **Traitement du pied bot varus équin congénitel**; par Kirmisson. (Revue d'Orthop. Nr. 3 et 4. 1896.)

K. empfiehlt in leichten Fällen von Klumpfuss das Redressement, event. in Narkose, im Uebrigen die Phelps'sche Operation mit typischer breiter Eröffnung des Talonaviculargelenkes.

Unter 48 Operationen waren nur vereinzelte Misserfolge, freilioh musste ab und zu das forcirte Redressement angeschlossen werden, um die starren Widerstände zu überwinden. Vulpius (Heidelberg).

371. **Behandlingen af den medfödte Klumpfod**; af J. Roll. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 11. S. 1077. 1896.)

Nach R.'s Erfahrungen handelt es sich nicht nnr um Veränderungen in den Fussknochen, sondern auch andere Theile des Skelets erleiden grössere oder geringere Veränderungen. Bei allen Patienten R.'s waren die Malleoli ungefähr in die frontale Ebene gestellt, der Unterschenkel also nach innen gedreht, dasselbe war anch mit dem Femur der Fall, wenn auch nicht so häufig und so ausgesprochen (namentlich beim lebenden Individuum schwer nachzuweisen), auch auf das Becken erstreckt sioh die Wirkung, sowie auf die Lendenwirbelsäule. Oft hat R. beobachtet, dass sich die Achillessehne an den innern Rand der Tuberositas calcanei anheftet.

Eine genaue Diagnose der verschiedenen Componenten der Deformität hat grosse Bedeutung für die zu wählende Behandlung, speciell für die Beurtheilung, ob der Fall zu den leichteren oder zu den schwereren gehört oder ob es sich um einen sogen. recidivirenden Klumpfuss handelt; denn nicht immer ist der Klumpfnss, der auf den ersten Anblick am schlimmsten aussieht, auch am schwersten zur Heilung zu bringen.

In Bezug auf die Zeit, zu welcher die Behandlung eingeleitet werden soll, meint R., dass man nichts versäumt, wenn man bis zu der Zeit wartet, in der das Kind seine Beine zum Auftreten zu benutzen beginnt (etwa der 10. Monat); 1 oder höchstens 2 Monate später wird der Fuss selbst in den schwersten Fällen in eine redressirte Stellung übergeführt werden können. Von den Behandlungsmethoden ist nach R. bei kleinen Kindern denjenigen der Vorzug zu geben, die nicht operativ zu Werke gehen; die am meisten angewendeten sind die Methoden von König und Wolff. R. macht das erste Redressement stets in Narkose, er hat die modellirende Methode von Lorenz benutzt, wesentlich in der von Hoffa angegebenen Reihenfolge, ist aber nicht so weit gegangen beim Redressement und hält dies auch nicht für noth-

wendig; erreicht er nicht in der 1. Sitzung das vollständige Redressement, dann legt er die Extremität in der erreichten Stellung in Gips nnd setzt das Redressement nach einigen Wochen fort, bis das Ziel erreicht ist. In allen seinen Fällen war die Behandlung ambulant und deshalb hat er eine übercorrigirte Stellung nicht so rasch erreicht, als es unter anderen Umständen geschehen sein würde. Wenn sich besondere Schwierigkeiten bieten, wendet R. Wolff's Etappe an, da man dabei das Redressement mit grösserer Kraft ausführen kann. Sobald das Kind merkt, dass die Stellung des Fusses correkt zu werden beginnt, tritt es auch bald mit dem Fusse auf. Den Gipsverband so lange liegen zu lassen, bis der Fuss transformirt ist, hat seine Schattenseiten, in einem Falle hat R. nach Anwendung des Gipsverbandes einen Monat lang den Fuss gegen den gesunden in der Entwickelung zurückbleiben gesehen. Die Tenotomie der Achillessehne führt R., wo sie angezeigt ist, erst aus, wenn Adduktion, Supination und Inflexion behandelt sind. Von dem Redressement des Fusses aus der Plantarflexion gleich nach der Tenotomie hat R. nie einen Nachtheil gesehen.

Als geheilt betrachtet R. einen Klumpfuss nicht eher, als bis das Kind normal gehen kann, und zwar nicht nur kurze Zeit, sondern dauernd. Die Transformation des Fusses an und für sich genügt nicht, denn erst dann tritt die Rotation der Extremität deutlich hervor, und diese Achsendrehung ist der wichtigste Faktor für das Auftreten von Recidiven. Ihre Behandlung ist schwierig und danert längere Zeit. Alle Apparate, die nur bis zum Knie reichen und hier ihren Stützpunkt suchen, hält R. für verfehlt, da ihre Wirkung in Bezug auf die Abduktion illusorisch ist.

Walter Berger (Leipzig).

372. **Hallux valgus bilatéral**; par Delbet. (Revue d'Orthop. Nr. 3. 1896.)

Bei starker Abduktion der Grosszehe wird ein starkes Reduktionhinderniss gebildet von der Extensorsehne, die in das 1. Interstitinm metatars. luxirt ist. D. hat sie nach innen reponirt und in einer künstlichen Sehnenscheide festgehalten, die aus einem Periostlappen gebildet wurde. Der Erfolg war der gewünschte.

Vnlpius (Heidelberg).

373. **Sur l'absence congénitale de la rotule**; par Phocas et Potel. (Revue d'Orthop. Nr. 5. 1896.)

Th. u. P. verwerthen eine gesammelte Statistik von 30 Fällen von angeborenem Mangel der Kniescheibe für eine Bearbeitung dieses Leidens.

Der einfache Defekt der Patella ist nicht immer leicht zu nnterscheiden von einer Atrophie des Knochens, die bei angeborener Lnxation der Kniescheibe eintritt. Aetiologisch scheint es sich um eine primäre Lähmung des Quadriceps zu handeln, der Schwund des überflüssig gewordenen Sesambeines folgt.

Hierfür spricht auch der Einfluss der Therapie: Wird der Quadriceps durch Massage, Elektricität u. s. w. wieder hergestellt, so entwickelt sich auch allmählich eine Patella.

So gut wie regelmässig ist das Leiden mit Klumpfüssen, häufig mit Deformitäten des Kniegelenks verschiedener Art vergesellschaftet.

Vnlpius (Heidelberg).

374. **Bericht über die fünfundzwanzigste Versammlung der ophthalmologischen Gesellschaft zu Heidelberg 1896.** (Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. 4. 351 S. mit 3 Abbildungen.)

Ueber die Anwendung des Emmerich-Scholl'schen Krebsserum und des Formols bei inoperablen Augengeschwülsten; von A. Nieden in Bochum.

N. machte bei einem Manne mit recidivirendem Melanosarkom und bei einem Kinde mit recidivirendem Gliom Injektionen des sog. Krebsserum, wozu bakterienfrei gemachte Culturen benutzt wurden, sah aber keine Besserung, sondern ein rasches Weiterwachsen der Geschwülste. Gegen die Verjauchung der Geschwülste, die einen entsetzlichen Geruch verbreiteten, wendete er Aufschläge von Formol an (5—10%), worauf sofort der feucht gangränöse Zerfall einer trockenen Gangränescirung wich, der Geruch und die Blutungen verschwanden und die Geschwulst unter der harten schwarzen Kruste sich verkleinerte. Beide Kranke starben. Eine Injektion mit Formol wagte N. wegen des schlechten Allgemeinzustandes des Kindes nicht zu machen.

Ueber einige bisher nicht gekannte Ortsveränderungen der menschlichen Linse während der Accommodation; von C. Hess in Marburg.

H. fand durch Beobachtnng an seinen eigenen Augen, dass die Linse bei der Accommodation Ortsveränderungen eingeht, nnd zwar je nach der Lage des Kopfes nach den verschiedenen Seiten, auch nach vorn und nach hinten. Diese Beobachtung lehrt auch, dass wir bei der Naheaccommodation eine grössere Muskelthätigkeit anwenden, als zur maximalen Wölbung der Linse eigentlich nöthig ist, und bietet ferner eine neue Bestätigung der Accommodationslehre von Helmholtz.

Zonularspannung und Linsenform; von A. Crzellitzer in Heidelberg.

Im Gegensatze zu Hess fand C., der durch kunstvolle Vorrichtungen an Thierlinsen die Anspannung und Entspannung der Kapsel nnd deren Wirkung auf die Linse studirte, in seinem Befunde eine Bestätigung der Tscherning'schen Accommodationtheorie. Nach C. nimmt durch die Anspannung der Zonula der Scheitelradius ab, die Krümmung also zu. Dabei verhält sich der centrale Theil der Linsenvorderfläche umgekehrt wie der peripherische, bei dem die Krümmung nicht zu-, sondern abnimmt. Die Brennweite wurde durch mikroskopische Messnng bei Anspannung der Zonnla kleiner gefunden.

In der Verhandlung sprachen Sattler und Hess gegen die Uebertragung der Befunde an Thieraugen auf das Menschenauge.

Ueber Netzhautdegeneration durch Eisensplitter; von E. v. Hippel in Heidelberg.

Nach den Angaben in der Literatur und nach eigenen Beobachtungen zeigt v. H., dass selbst ein ganz kleiner Fremdkörper, der, ohne Entzündung zu erregen, im Auge eingeschlossen ist, Erblindung durch Netzhautdegeneration verursachen kann. Dies ist besonders der Fall, wenn der Eisensplitter nicht eingekapselt ist. Zu befürchten ist eine spätere Netzhautdegeneration, wenn das verletzte Auge eine unverhältnissmässig schlechte Sehschärfe besitzt, concentrische Gesichtsfeldeinengung, Hemeralopie und Farbensinnstörung auftreten. Vielleicht ist die Hemeralopie das erste sichere Anzeichen. Nach ihrem Auftreten erblindet das Auge durch Netzhautdegeneration, auch wenn der Fremdkörper glücklich entfernt wird.

In der Verhandlung erwähnte Vossius einen Kranken, an dessen verletztem Auge er bereits mit dem Augenspiegel Netzhautdegeneration beobachte, ohne dass bisher Hemeralopie eingetreten sei.

Ueber Retinitis proliferans; von W. Goldzieher in Budapest.

Die Retinitis proliferans kann nach G. nicht nur auf Blutungen der Netzhaut zurückgeführt werden, da in sehr vielen Fällen die Blutungen aus den hyalin entarteten Gefässen erst nach dem Auftreten der Ret. proliferans beobachtet werden.

Die „Hutchinson'sche Veränderung" des Augenhintergrundes; von W. Goldzieher.

G. beschreibt eine Netzhauterkrankung, die als Gürtel von weissen Flecken hart um die Fovea centralis sich bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel zeigt. Der Glaskörper war in allen Augen frei von Trübung. Die Krankheit ist eine durch Gefässerkrankung bewirkte Gewebedegeneration, die die inneren Netzhautschichten trifft, und kann mit der im Gehirne vorkommenden weissen Erweichung verglichen werden.

Ueber eine wenig bekannte Form von Netzhauterkrankung in Folge von Cirkulationstörungen; von Aug. Siegrist in Basel.

S. beschreibt die Netzhauterkrankung eines Mädchens, während der zahlreiche weisse Punkte in der Netzhaut auftraten und nach wiederholten Punktionen der vorderen Kammer oder nach Einnahme von Digitalis wieder verschwanden. S. erklärt die Netzhautveränderung für ödematös, in der Verhandlung wurde aber die Annahme einer Retinitis albuminurica als wahrscheinlich hingestellt. Die Kranke hatte einen schweren Herzfehler und zeitweise Albuminurie.

Ueber maculare Sehnerven-Atrophie bei Diabetes; von H. Schmidt-Rimpler in Göttingen.

Bei Diabetes tritt Sehnerven-Erkrankung oft auf. Unter 140 von Schm.-R. beobachteten diabetischen Augenkrankheiten waren 38 Sehnerven-Erkrankungen. Bei einer grösseren Zahl der Kranken konnte Missbrauch von Bier oder Alkohol ganz ausgeschlossen werden. Im Gegensatze zu den centralen Skotomen bei der Retinitis diabetica, die sich schon früh auf Weiss erstrecken, leidet bei den Skotomen der diabetischen Sehnerven-Erkrankung anfänglich nur die Farbenempfindung. Die Prognose ist selbst dann, wenn die Papille bereits theilweise abgeblasst erscheint, nicht sehr ungünstig. Ein Auge mit diabetischer Sehnerven-Erkrankung konnte Schm.-R. mikroskopisch untersuchen; er fand eine nahe am Augapfel beginnende und bis zum Foramen opticum sich erstreckende Atrophie des Sehnerven.

In der Verhandlung bestätigten Leber, Hirschberg und Uhthoff die Angaben von Schmidt-Rimpler.

Ueber Hyalitis und genuine Uveitis; von M. Straub in Amsterdam.

Hyalitis und genuine Uveitis sind pathologisch-anatomisch und klinisch von einander zu unterscheiden. Bei der ersteren ist nur die Capillarschicht der Uvea mit Leukocyten durchsetzt, während bei der Cyklitis oder Uveitis die ganze Uvea bis zur Sklera durchsetzt ist. Im letzteren Falle fand St. den Glaskörper 3mal vollständig rein; es waren das Augen, die wegen sympathischer Ophthalmie des anderen Auges enucleirt werden mussten.

Die anatomische Grundlage der Pseudogliome; von R. Greeff in Berlin.

Gr. bespricht ausführlich die klinischen Erscheinungen des Glioms der Netzhaut und der unter ganz ähnlichem Bilde auftretenden Aderhauterkrankungen und giebt zu, dass trotz aller Vorsicht nicht immer eine ganz bestimmte Diagnose gemacht werden könne. Eines der wichtigsten Symptome sei die bei Gliom erhöhte Spannung des Auges; noch grössere Sicherheit biete eine Probepunktion.

Vor dieser wird in der Verhandlung gewarnt, da gerade an der Punktionstelle Recidive auftreten können.

Schwammkrebs der Iris-Hinterschicht; von J. Hirschberg in Berlin.

H. beschreibt ein Carcinom, das von der Hinterfläche der Iris ausgegangen ist, eine der seltensten Geschwülste im Auge.

Ueber die elastischen Fasern der Sklera; von H. Sattler in Leipzig.

In der Sklera verlaufen in grosser Zahl elastische Fasern von kaum messbarer Dicke; sie verlaufen leicht wellig zusammen mit den Fibrillen-Bündeln der Sklera und ohne Theilung oder Netzbildung. Wo das dichte Maschenwerk der Lederhaut an lockeres Bindegewebe grenzt, werden die Fasern gröber und mehr wellenförmig. Sehr reich an mächtigen welligen Fasern sind die Sehnen der Augenmuskeln. In der Hornhaut konnten keine elastischen Fasern nachgewiesen werden.

Operatives zur Thränensackexstirpation; von H. v. Hoffmann in Baden-Baden.

v. H. empfiehlt die Exstirpation des Thränensackes mit sammt den Thränenkanälchen von der Bindehaut aus und die Ausschneidung eines Bindehautstückes bei Ektropium, sowie eines dreieckigen

Hautstückes am äusseren Winkel bei Entropium senile.

Versuche einer Radikaloperation umschriebener Lederhautektasien; von O. Schirmer in Greifswald.

Sch. trägt das Staphylom vollständig ab, so dass die Schnitte in gesunder, nicht verdünnter Sklera liegen, ebenso wird der ganze Glaskörper zwischen den Wundrändern weggenommen und die Wunde mit feinem Silberdraht vernäht, wobei darauf geachtet wird, dass zur Vermeidung einer späteren Infektion über der Skleralwunde unverletzte Bindehaut zu liegen kommt. Die Heilung ist kurz und entzündungsfrei.

In der Verhandlung erwähnten Schweigger und Sattler, dass auch Catgut und Seide zur Naht genügen.

Beiträge zur Aetiologie der Bindehautentzündungen; von Th. Axenfeld in Breslau.

A. bespricht die verschiedenen Bakterien in der Bindehaut und berichtet über eine Bindehaut-Erkrankung, die epidemisch auftrat, meist in einigen Tagen mit geringer Sekretion ablief und durch Pneumokokken veranlasst war. Eine bedingungslose Contagiosität bestand dabei nicht.

Ueber die Pathologie des Trachoms; von Th. Leber in Heidelberg.

Die Untersuchungen Leber's betreffen die trachomatöse Bindehaut, die eine sehr complicirte Beschaffenheit hat. Kokken oder Bacillen konnten darin nicht gefunden werden, aber eine ganz bestimmte Art grosser Zellen, die eigenthümlich gestaltete Körperchen enthalten. Sie sind stets und in ziemlicher Menge vorhanden, nur nicht im Epithel und dem die Follikel umgebenden Schleimhautgewebe. Ausser den Körperchen ist ein grosser, schwer färbbarer Kern vorhanden, der verschiedene Gestalten hat. Diese Körperchen kommen auch in normalen Lymphfollikeln der Bindehaut vor. Die Trachomkörner sind als neugebildete Follikel aufzufassen. Eine eigenthümliche Gestalt zeigen die Zellen des Schleimhautgewebes um die Follikel; der Kern ist an die Seite der Zellen gerückt (Halbmondzellen). Unter den Follikeln liegen grosse mit Ausläufern versehene Zellen mit zahlreichen Körnchen.

Ueber Pilzrasen auf der Bindehaut; von E. Fuchs in Wien.

F. fand öfter auf der Bindehaut des oberen Lides kleine gelblich-weisse Flecke, die sich leicht entfernen liessen und bei der Untersuchung als Pilzmassen (Streptothrix) erkannt wurden. Die Flecke glichen ganz den bekannten Einlagerungen in den Meibom'schen Drüsen. Ausser den Pilzanflagerungen waren als Abkömmlinge derselben noch grössere Conkremente so in der Bindehaut eingelagert, dass sie stets von epithelbekleideter Schleimhaut umgeben, also durch Druck und Entzündung dort fest gehalten waren.

Ueber Transfixion der Iris; von E. Fuchs in Wien.

Wenn der Pupillenrand der Iris mit der Linse verwachsen, der Pupillentheil der Linse noch ungetrübt ist, durchschneidet oder durchsticht F. mit einem Staarmesser die buckelförmig vorgetriebene Iris mit einem Schnitte zu beiden Seiten der Pupille, wodurch mehrere (3—4) Oeffnungen entstehen. F. nennt dieses Verfahren „Transfixion“.

Ueber einen Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva der oberen Augenlider; von A. Vossius in Giessen.

V. fand bei einem 21jähr. Manne in der Bindehaut des oberen Lides beider Augen cystenartige Neubildungen, dem Cystadenom ähnlich, über deren Ursprung keine sichere Auskunft möglich war.

Ueber den Erreger des akuten epidemischen Augenkatarrhs (Schwellungskatarrh); von Th. Gelpke in Karlsruhe.

G. fand bei einer Epidemie von Bindehaut-Entzündung einen 0.6—0.7 μ langen und 0.2 μ dicken Bacillus, der einen bandförmigen Streifen in der Mitte trug.

In der Verhandlung ist die Warnung von Hippel sen. jedenfalls beachtenswerth davor, pathogene Bakterien, deren Natur man selber nicht genau kennt, experimenti causa auf die gesunde Bindehaut von Menschen überzuimpfen.

Ueber die Anwendung des Cocains bei glaukomatösen Zuständen; von A. Groenouw in Breslau.

Da Mydriatica bekanntlich bei Glaukom, ja selbst bei der Disposition zu Glaukom sehr schädlich sind, ist es überraschend, dass G. diese nachtheilige Wirkung bei Cocain nicht gesehen hat, sondern im Gegentheile ihm die mydriatische Wirkung des Atropins und die antiglaukomatöse des Eserins nach seiner Erfahrung zuschreibt.

In der Verhandlung wurde von Pflüger zugegeben, dass Cocain zwar das unschuldigste Mydriaticum sei, aber es genüge, um bei drohendem akuten Glaukom einen wirklich schweren Anfall herbeizuführen.

Ueber Keratitis parenchymatosa; von E. Pflüger in Bern.

Pfl. spricht über verschiedene Ursachen der Keratitis parenchymatosa und weist auf Infektionskrankheiten, wie sie z. B. bei den Ziegen (infektiöse Agalaktie) und beim Menschen (Influenza) vorkommen, ferner auf die Keratitis parenchymatosa bei Tuberkulose und bei allgemeinen Hautkrankheiten hin.

In der Verhandlung betonte Hirschberg, dass die eigentliche typische Keratitis parenchymatosa nur die Folge von Lues sei.

Einiges über Augenerkrankungen bei Gicht; von A. Wagenmann in Jena.

Es kommen bei Gicht ganz bestimmte Erkrankungen der Hornhaut, besonders der Sklera, aber auch der Netzhaut und des Glaskörpers vor. Einmal beobachtete W. einen ziemlich grossen Gichtknoten zwischen Aderhaut und Netzhaut, der einen Aderhauttumor vortäuschte und bei geeigneter Behandlung mit den übrigen Ablagerungen im Körper verschwand. Unter die Krankheiten, zu denen die Gicht Veranlassung giebt, gehört auch das Glaukom.

De l'importance de la thérapeutique locale dans les iridochoroïdites infectieuses, sympathiques et autres; par A. Darier, Paris.

D. empfiehlt wieder die Sublimat-Injektionen unter die Bindehaut des Auges bei verschiedenen Chorioidea-Erkrankungen. Ihre Wirksamkeit wird erhöht, wenn zugleich das Kammerwasser in Zwischenzeiten entleert wird.

Ueber Transplantation brückenförmiger Bindehautlappen bei ausgedehnter Hornhautverschwärung mit Irisvorfall; von L. Weiss in Heidelberg.

Bei ausgedehnter Hornhautverschwärung hat W. durch Ueberpflanzung eines Bindehautlappens auf die zerstörte Stelle Irisvorfall zu verhüten oder bereits vorgefallene Iris und beginnende Staphylombildung zum Rückgange zu bringen vermocht.

Wiederherstellung der Funktion bei einer 6 Jahre alten Embolia a. centr. retinae; von A. Alexander in Aachen.

Ein 51jähr. Mann, der vor 6 Jahren auf dem linken Auge plötzlich erblindet war, erblindete ebenso auch auf dem rechten Auge. Mit dem Augenspiegel wurde rechts eine typische Embolie der Art. centr. retin. gefunden. Links war die Papille grauweiss, scharf umgrenzt; ein Theil der Papillargefässe war ganz blutleer oder nur als feine Blutsäule bemerkbar. Jenseits der Papille waren die Gefässe so ziemlich normal. Dieses Auge konnte ganz excentrisch Finger in unmittelbarer Nähe erkennen. Der Kranke hatte Herzhypertrophie. Das rechte Auge blieb blind; das Sehvermögen des linken Auges aber besserte sich unerwartet in den nächsten Wochen bis auf $^1/_3$. Es lag also hier ein unvollständiger Verschluss der Centralarterie vor mit einer für die Netzhaut noch gerade genügenden Durchlässigkeit, um sie vor Nekrose zu bewahren.

Beitrag zur hochgradigen Myopie; von V. Fukala in Wien.

F. schlägt vor, bei den höheren Graden von Kurzsichtigkeit nicht, wie bisher, nur die Nummer des corrigirenden Glases, sondern auch seine Entfernung vom Hornhautscheitel anzugeben, wenn diese grösser oder kleiner als 10 mm ist. Ferner sollen bei Berechnungen nicht die Werthe des Donders'schen reducirten Auges, sondern die von Helmholtz angegebenen verwendet werden.

Die Vorlagerung des Musc. levator palpebrae superioris mit Durchtrennung der Sehne; von Hugo Wolff in Berlin.

Im Gegensatze zu den verschiedenen Vorschlägen, bei Ptosis eine Vorlagerung des M. levator ohne dessen Durchtrennung zu bewirken, empfiehlt W. die letztere, die gewöhnlich von innen, aber auch von aussen vorgenommen werden soll. Nach der Durchschneidung wird ein entsprechendes Stück ausgeschnitten. Verband beider Augen einige Tage.

Einiges zur Flüssigkeitsbewegung im Auge; von R. Ulrich in Strassburg.

Eine Fluorescinlösung durchdringt leichter die Iris, wenn Filtration und Diffusion zusammen wirken, als durch Diffusion allein. Humor aquous und physiologische Kochsalzlösung filtriren schon bei sehr geringem Drucke durch die Irisperipherie, wenn die Pupille verschlossen ist. U. berichtet noch über einige Versuche an Schweineaugen, deren Ergebniss in der Verhandlung von Leber anders gedeutet wurde.

Ueber mildere und gutartige metastatische Augenentzündung, sowie über doppelseitige Thrombose bei allgemeiner Sepsis; von Th. Axenfeld in Breslau.

Durch im Blute allgemein vertheilte Toxine, ohne lokale Ansiedelung der Mikroorganismen, entstehen keine eiterigen Entzündungen im Auge. Es können aber durch Ansiedelung von schwach virulenten Mikroorganismen Herde entstehen ähnlich wie bei Retinitis albuminurica und wie bei der Chorioideitis disseminata.

Vossius berichtet über einen Fall von Mikrophthalmus congenitus; Inouye (Japan) über einen neuen Netzhautreflex in einem Auge mit Colobom der Sehnerven-Papille; ferner über Sehnerven-Atrophie bei Filixvergiftung.

Ueber excentrische Bildung des Linsenkernes und die Histologie des Lenticonus posterior; von C. Hess in Marburg.

Die Anomalie war stets angeboren. Die Ausbuchtung der hinteren Linsenfläche war entweder durch den nach hinten verlagerten, also im Lenticonus liegenden Linsenkern gebildet; oder es war zu einer Ruptur der hinteren Linsenkapsel gekommen und ein grosser Theil der später gebildeten Linsenfasern war durch den Kapselriss hinausgewachsen.

Königshöfer stellte einen 24jähr. Kranken vor, der bei Primärstellung des rechten Auges das linke Auge willkürlich in horizontaler Richtung ein- oder auswärts oder geradeaus bewegen kann.

Lamhofer (Leipzig).

375. **Zur Behandlung der Ophthalmoblennorrhöe der Neugeborenen**; von Prof. Eversbusch in Erlangen. (Sond.-Abdr. aus: Centr.-Bl. f. Kinderhkde. 1896.)

E. berichtet über die in der Universitäts-Augenklinik in Erlangen von ihm geübte Behandlung der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen. Ist keine Erkrankung der Hornhaut vorhanden, so werden die Augen fleissig gereinigt und wird täglich ein Tropfen einer $^1/_4$proc. Physostigmin-Lösung eingeträufelt. Der Allgemeinzustand des Kindes wird streng überwacht. Ist nur *ein* Auge erkrankt, dann wird in das gesunde täglich 1 Tropfen einer 2proc. Arg.-nitrio.-Lösung eingeträufelt. Mit dieser Lösung, oder vielmehr mit einer Lösung von 1% ansteigend bis 3% wird die Bindehaut im Medium der Eiterung bepinselt, wenn die Hornhaut bereits von der Entzündung ergriffen ist. Bei Hornhautgeschwüren träufelt E. ausserdem nach der Bepinselung Physostigmin und Scopolamin einmal, und Aq. chlorat. (1 : 2 bis 1 : 3 Aq. dest.) stündlich ein. Mit dem Eintritte der Pupillenverengerung tritt stets die Wendung zum Bessern ein. Bei schweren Hornhautveränderungen und bei Keratomalacie muss specialärztliche Behandlung eintreten.

Die Prognose ist bei gesunden Kindern gut, aber immer mit Vorsicht zu stellen. Prophylaktisch empfiehlt E. gründliche Reinigung der Geburtwege, Abwaschung der Lider mit Jodtrichlorid 1:4000, und wenn eine Reinigung der Geburtwege nicht möglich war, die Einträufelung von 2proc. Argentum-nitric.-Lösung nach Credé oder von Sublimat 1:5000. Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

376. **Ueber den Kohlensäuregehalt der Kleiderluft**; von Dr. H. Wolpert. (Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 291. 1896.)

Mit Hülfe seines neuerdings noch vervollkommneten Apparates zur Bestimmung der CO_2 ermittelte W. den CO_2-Gehalt der Kleiderluft. In der Ruhe enthielt diese 0.193‰, bei Arbeit 0.339‰ mehr als die umgebende Luft. Im Freien jedoch findet immer eine gute Durchlüftung unserer Kleidung und damit Verringerung des CO_2-Gehaltes statt. Das Plus der CO_2 unter einem steifen Filzhut betrug 0.9‰, unter einem Helm während des Marschirens 0.29‰, während der Ruhe bei offenen Ventilationöffnungen 0.63‰, bei geschlossenen Oeffnungen 1.022‰. Die Zunahme der CO_2 unter einem Strohhute betrug nur 0.065‰. Unter engen Zugstiefeln war 0.668‰ und in der Bettluft 0.35‰ mehr als in der Luft der Umgebung. Ficker (Leipzig).

377. **Ueber die Seifen als Desinfektionsmittel**; von Dr. Reistoffer in Wien. (Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 350. 1896.)

Die Widersprüche zwischen den bisherigen Angaben über den Desinfektionwerth der Seifen veranlassten R., die Frage einer erneuten Prüfung zu unterziehen. Er benutzte dazu eine gewöhnliche Schmierseife, eine weisse Mandelseife und eine feste Patentkaliseife. Gegenüber *Cholera-vibrionen* erwiesen sich selbst *1proc.* Lösungen als höchst wirksam, so dass R. glaubt, mit *Cholerakeimen* inficirte Wäsche, Kleider, Möbel u. s. w. könnten einfach durch Einlegen in 4—5proc. Seifenlösung, die Hände einfach durch Waschen mit Seife rasch und völlig sicher desinficirt werden. Dasselbe haben übrigens Nijland und Jolles schon ausgesprochen. Bei *Typhusbacillen* muss man *höhere Concentrationen* anwenden. *Eiterkokken* endlich erweisen sich Seifenlösungen gegenüber als *äusserst resistent*. Weitere Versuche ermitteln, dass die Herstellung von Seifen mit Zusatz von Desinfektionmitteln nicht rationell ist und, insofern das Desinficiens nicht an und für sich schon reinigend wirkt, der alte Gebrauch, die Hände zuerst mit Seife und dann erst mit Desinficientien zu behandeln, das Richtige ist.

Ficker (Leipzig).

378. **Desinfektionsförsök med formalin och formaldehyd**; af Nils Englund. (Eira IX. 24. 1896.)

E. hat Versuche mit Formalin und Formaldehydgas angestellt, bei denen er die Einwirkung des Mittels auf Milzbrandsporen untersuchte, deren Virulenz durch Thierversuche festgestellt war, und die auf verschiedene Weise verdeckt und eingeschlossen waren. Die Versuche wurden in Zimmern von 62—81 cbm und bei verschiedener Temperatur ausgeführt.

Im 1. Versuche, in dem nicht ganz 4 g Gas (durch Kochen entwickelt) auf den Cubikmeter Raum kamen, wurden mit Filz, Tüchern, Betten und Kissen bedeckte, in feuchtes oder trockenes Filtrirpapier eingewickelte Milzbrandsporen binnen 22 Stunden ihrer Virulenz beraubt.

Im 2. Versuche wurde das Kochen in einer Vorstube vorgenommen und das Gas durch ein kleines Loch in der Thüre in den Versuchsraum geleitet; es wirkte 23 Stunden auf die verschieden untergebrachten Milzbrandsporen ein. Das Versuchszimmer hatte eine Temperatur von +7° C. Alle Proben hatten ihre Virulenz verloren, nur eine nicht, bei der die Milzbrandsporen zwischen die Tapete und die Wand geklemmt waren, wo sie schwer für das Gas zugängig waren; ausserdem wurde der Zutritt des Gases dadurch gehindert, dass das Gas gegen den Luftstrom gehen musste.

Im 3. Versuche wurden Heusporen in Filtrirpapierumschlägen verschieden untergebracht und ausserdem lebende Bettwanzen in einer offenen Flasche auf einen Tisch gestellt, diese wurden nach Vollendung des Versuches todt gefunden. Auch in diesem Versuche wurde das Kochen in einer Vorstube vorgenommen und das Gas in den Versuchsraum eingeleitet. Von den 5 Sporenproben hatten nach 24 Stunden nur 3 ihre Virulenz eingebüsst, die beiden anderen, die am Kamin und an einem Fenster angebracht gewesen waren, nicht, wie E. meint, weil der Luftstrom an Fenster und Kamin das die Sporen treffende Gas verdünnte.

Der 4. Versuch wurde in einem Krankenzimmer mit 4 Betten und dem übrigen gebräuchlichen Mobiliar angestellt. Die in Filtrirpapier eingehüllten Milzbrandsporen waren auf Seidenfäden in verschiedener Weise angebracht. Betten, Möbel, Wände und Boden des Raumes wurden mit 10 Litern 2proc. Formalinlösung (200 cbm Formalin) bespritzt. Von den nach einem Tage herausgenommenen 6 Proben hatten 4 ihre Virulenz eingebüsst, 2 nicht, weil sie nicht direkt von der Lösung getroffen worden waren. Bei Desinfektion mit Lösung kann man in der Regel nicht sehr auf die Gaswirkung rechnen, sondern das Objekt muss direkt von der Flüssigkeit getroffen werden.

Bei sämmtlichen von E. angestellten Versuchen hat es sich gezeigt, dass der Formaldehydgeruch länger haftet, wenn Lösungen angewendet werden, als wenn man mit Gas desinficirt. Das ist auch leicht begreiflich, weil bei Abdunstung der Lösung immer im Desinfektionsobjekt eine grössere Menge Paraldehyd zurückbleibt, das langsamer verflüchtigt wird. Walter Berger (Leipzig).

379. **En billig desinfektionsapparat**; af L. Gratschoff. (Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1057. 1896.)

Obgleich es schon eine Menge Desinfektionsapparate der verschiedensten Construktionen giebt,

dürfte es doch, da die meisten mehr oder weniger theuer sind, berechtigt erscheinen, auf den von G. construirten und schon seit Jahren im Krankenhause von Tavastehus mit Vortheil angewendeten hinzuweisen, weil er den Vorzug der Billigkeit hat. Die Desinfektion geschieht mit strömendem Wasserdampf und der Apparat ist so einfach, dass jeder Klempner ihn anfertigen kann.

Der Apparat besteht aus 2 mit Boden versehenen, ineinandergestellten Cylindern, von denen der innere ungefähr ²/₃ so viel Durchmesser hat, als der äussere, dessen Höhe ungefähr ³/₂ des Durchmessers beträgt. Die oberen Ränder der Cylinder stehen in gleicher Höhe mit einander, während sich zwischen ihren Böden ein leerer Raum von einigen Centimetern befindet. Sie sind an einander befestigt theils durch Stützen, die die Böden vereinigen, ohne jedoch die Flüssigkeiten an der freien Bewegung zwischen den Böden zu hindern, theils durch 4 Röhren, die von den Wänden des inneren Cylinders dicht an dessen Boden horizontal und radial nach der Mantelfläche des äusseren Cylinders gehen, die sie durchdringen und an deren äusserer Seite sie ausmünden. Darüber wird eine etwas kuppelförmige Glocke gedeckt, deren Seitenränder an der inneren Seite des äusseren Cylinders bis fast zu seinem Boden reichen. Ein lockeres Sieb deckt den Boden des inneren Cylinders und hindert die zu desinficirenden Gegenstände in die Röhren einzudringen und diese zu verstopfen.

Wenn die Desinfektion ausgeführt werden soll, wird der äussere Cylinder mit Wasser gefüllt, in den inneren Cylinder werden die zu desinficirenden Gegenstände gelegt, die Glocke wird aufgesetzt und der Apparat über Feuer, einer Lampe oder auf irgend eine andere passende Art erhitzt.

Der Apparat kann leicht aus verschiedenem Material, in verschiedener Grösse und Form verfertigt werden. Der von G. benutzte ist 20 cm hoch, hat 30 cm Durchmesser und ist aus galvanisirtem Eisenblech gefertigt. Wenn der Apparat in grossem Maassstabe ausgeführt ist, wird die Glocke etwas schwer zu handhaben sein, diesem Uebelstande lässt sich aber leicht durch Anbringung eines Aufzugapparates abhelfen.

Walter Berger (Leipzig).

380. Ueber vitale und postmortale Strangulation; von R. Schulz. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XI. 1. p. 98. 2. p. 211. XII. 2. p. 44. 1896.)

Das makroskopische äussere Aussehen der Strangmarke ist für die Diagnose, ob die Strangulation bei Lebzeiten oder nach dem Tode geschah, nicht zu verwerthen. Die inneren Verletzungen (Muskelquetschungen, Kehlkopfbrüche u. s. w.) können sowohl vital, wie postmortal vorkommen, bei der Differentialdiagnose kommt die *Suffusion* in Betracht. Suffusion von geronnenem Blut in einer Verletzung gilt vielfach als vitales Zeichen, indess haben Versuche an Hunden gelehrt, dass auch postmortale Verletzungen täuschende Suffusionen zeigen können, wenn ihnen durch Hypostase Blut zugeführt wird, und auch Sch. fand das für den Zeitraum bis zu 10 Stunden bestätigt. Bei der diagnostischen Verwerthung von Blutungen sind ihre Lage zur Hypostase, ihre Lage zum Strang, ihre Grösse und die Zeit, wann die Strangulation aufhörte, insbesondere wann ein Erhängter vom Strange abgenommen wurde, zu berücksichtigen. Ganz kleine Blutungen, selbst in blasser Haut, sind werthlos, wenn sie nur in geringer Zahl da sind, ebenso steht es mit den Blutungen in den tieferen Halsorganen. Wird ein Erhängter kurz nach dem Tode abgenommen und in horizontale Rückenlage gebracht, so sprechen für vitale Entstehung mehr als makroskopisch gerade sichtbare Blutungen vorn in das Unterhautzellgewebe blasser Haut, sowie in und zwischen die vordere Halsmuskulatur unter ihr, dagegen nicht für vitale Entstehung kleine Blutungen in den hypostatischen hinteren Halstheilen, während grössere Blutungen im Allgemeinen für vitale Entstehung sprechen. Hängt die Leiche längere Zeit, bevor sie in Rückenlage kommt, so sind durch Hypostase im Hängen wegen der geringen Blutmenge im Kopfe und wegen des geringen Druckes nur kleine Blutungen oberhalb des Stranges möglich. Spätere hypostatische Blutungen nach dem Verbringen in Rückenlage sind nur in einem beschränkten Zeitraume, z. B. nicht über eine Nacht hinaus, möglich. Für vitale Entstehung der Marke sprechen grössere, mit dick schwarzrother Masse gefüllte Gefässe, die makroskopisch sichtbar vorn in blasser Haut von unten nach oben unter der Marke hinweg, bei doppelter Marke in den Zwischenkamm hinein verlaufen, ferner die Füllung zahlreicher Gefässe am Rande der Marke vorn in blasser Haut.

Ist bei einem doppelten Strange ein Zwischenkamm vorhanden, so kann von allen Erscheinungen an ihm nur die Blutmenge diagnostisch verwerthet werden. Ein gerötheter, besonders breiter Zwischenkamm, der sich wallartig zwischen dem Strange hervorwölbt, nach dessen Abnahme zwar auch noch die Marken überragt, aber mehr wie ein Hautband zwischen ihnen liegt, spricht nicht nur in blasser, sondern auch noch seitlich in blass hypostatischer Haut für vitale Entstehung, wenn sich mikroskopisch das ganze Hautgewebe, Cutis und Fettgewebe stark bluthaltig zeigen. Mit Sicherheit wird die vitale Entstehung durch keinen Befund, mit Ausnahme vielleicht des zuletzt genannten, bewiesen, das Gutachten ist daher stets dahin zu fassen, dass die Beschaffenheit der Marke die Annahme vitaler Entstehung unterstützt. Da vitale Marken meist vollkommen negativen Befund ergeben, so darf nie ein Gutachten abgegeben werden, das zur Annahme postmortaler Strangulation verleiten könnte, sondern es muss auch bei negativem Befunde stets heissen: Der Befund an der Marke widerspricht nicht vitaler Entstehung. Woltemas (Diepholz).

381. Ueber den Werth vitaler Zeichen bei mechanischen Verletzungen; von Dr. Rudolf Schulz. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. Suppl.-Heft. p. 44. 1896.)

Für die Beurtheilung, ob eine Verletzung im Leben oder nach dem Tode geschehen ist, sind

Grösse und Form der Gewobetrennungen und der Retraktion der Wundränder werthlos, auch der Bluterguss nicht unbedingt beweisend. Die Anämie der *Organe,* die postmortal nicht entstehen kann, nnd massenhafte Blutungen nach aussen oder in Körperhöhlen sprechen für vitale Entstehnng, ebenso wird diese bowiesen durch Luftembolie, Fettembolie und Blutathmen. *Suffusionen* sind stets sehr vorsichtig zu beurtheilen, da sie auch bei Verletznngen, die Stunden, unter günstigen Umständen selbst erst Tage nach dem Tode erzeugt wurden, vorkommen können; zu berücksichtigen sind die Art der Verletzung, die Lage der Leiche (Hypostasen) und die Festigkeit des Gewebes, in dem die Suffusion besteht. Lässt sich nicht behaupten, dass eine Verletzung vital entstanden sei, so folgt daraus noch nicht, dass sie nach dem Tode entstanden sein muss.

Woltemas (Diepholz).

382. **Die Stichverletznngen der Schlüsselbeingefässe in gerichtaärztlicher Benrtheilung;** von L. Israel. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XI. 2. p. 247. 1896.)

Bei einer Obdnktion fand I. eine isolirte Stichvarletzung der Vena subclavia als Todesnrsache. Der Befund ist sebr selten; in 20 Beobachtungen von Stichverletznngen der Schlüsselbeingefässe war stets die Art. subclavia betbeiligt, 6mal zugleich die Vene verletzt. In 11 Fällen blieben die Verletzten am Leben, batten aber meist schwere Störungen durch Anenrysmabildung.

Woltemas (Diepbolz).

383. **Weitere Untersuchnngen über die Todtenstarre am Herzen;** von Prof. Strassmann. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. Suppl.-Heft. p. 110. 1896.)

Ueber das Verhalten der Todtenstarre am Herzen stellte Str. weitere Untersuchungen in der Weise an, dass dasselbe Herz frisch und 24 Std. nach dem Tode untersucht wurde. Die Grösse des Herzens wurde bei den Thieren theils durch Aufzeichnen seiner Contouren nach Entfernung des Brustbeins fixirt, theils durch Einstechen einer Anzahl von Nadeln an bestimmten Herzpunkten, deren Entfernung von einander dann gemessen wurde. Stets zeigte sich nach 24 Stunden eine Verkleinerung des Herzens und an der Thatsache, dass die Todtenstarre eine Contraktion bewirkt, ist daher nicht zu zweifeln. Es ist deshalb im Allgemeinen nicht möglich, aus dem Herzbefunde bei der Sektion Rückschlüsse auf den Herzbefund zur Zeit des Todes und auf die Todesursache zu machen.

Woltemas (Diepholz).

384. **Ueber die Anwendung der Carbolsäure beim Nachweise von Blutspuren;** von Dr. Szigeti. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. Suppl.-Heft. p. 101. 1896.)

Als Lösungmittel des Blutfarbstoffes empfiehlt S. wasserfreie concentrirte Carbolsäure; die von den Blutflecken abgeschabten Partikelchen oder das blutbefleckte Gewebe selbst werden im Reagensglase mit 1 ccm concentrirter Carbolsäure entweder rein oder zur Hälfte mit absolutem Alkohol verdünnt, übergossen und zum Kochen erhitzt. Die Lösung wird am besten mit 30⁰/₀ Kalilauge oder mit Schwefelammoninm versetzt, weil das Spectrum des sich dann bildenden reducirten Hämatins charakteristischer ist. Bei sehr geringer Blutmenge werden von der Lösnng 2—3 Tropfen auf den Objektträger getropft und die Carbolsäure bei gelinder Wärme gänzlich verdunstet, das gelöste Hämatin bleibt dann in Form eines dunkelbraunen Fleckes oder grünlicher Ringe zurück und kann weiter nntersncht werden. Die Carbolsäure bewährte sich in allen Fällen, in denen das Blut nicht überhohen Temperaturen ausgesetzt war; bei mehrstündiger Erhitzung auf 200⁰ ging es noch in Lösung über.

Woltemas (Diepholz).

385. **Fosfor såsom abortivnm i Sverige och utlandet;** af Dr. H. Allard. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 1. s. 25. 1896.)

Während in Schweden schon im Jahre 1859 Sandahl (Hygiea XXI. p. 257) den Verdacht aussprach, dass Phosphor in 2 Fällen von tödtlich verlaufener Vergiftung zum Zwecke der Fruchtabtreibnng genommen worden sei, und Hamberg und Jäderholm (Hygiea XLIII. Sv. läkaresällsk. förh. s. 148. 1881) die Aufmerksamkeit auf die zunehmende Häufigkeit derartiger Fälle lenkten, worauf mehrere gleiche Veröffentlichungen folgten, finden sich im Auslande nicht sehr viele derartige Beobachtungen. Die grösseren Handbücher erwähnen zwar den Phosphor als Abortivum, aber nnr beilänfig, nnd nirgends hat A. bestimmte Angaben darüber gefunden, dass Genesung nach dieser Anwendung des Phosphors eingetreten sei. Danach will es scheinen, als ob man es in Schweden, nach den mit jedem Jahre häufiger werdenden Phosphorvergiftungen bei schwangeren Franen zu urtheilen, mit einer in den Culturstaaten einzig dastehenden Erscheinung zu thun habe. Um einen Einblick in diese eigenthümlichen Verhältnisse zu erlangen, hat A. zu ermitteln gesucht, ob der Phosphor wirklich ein Abortivum ist, d. h. Abortus erregt mit nachfolgender Genesung.

Soweit A. weiss, sind nur 3 Fälle veröffentlicht worden, in denen nach Phosphorvergiftung mit Abortus Genesung eintrat (Lundblad. Upsala läkarefören. förh. XVII. s. 41. 1881—82; Häggqvist. Das. XXV. s. 108. 1889—90; G. Hjorth. Eira XIV. s. 556. 1890). Zu diesen 3 Fällen fügt A. 6 hinzu, die im akadem. Krankenhause zu Upsala, im Serafimerlazareth und im Sabbatsberg-Krankenhaus in Stockholm, im Sahlgren'schen Krankenhause in Göteborg und im Länlazareth in Lund beobachtet worden sind, sowie 2 aus der Privatpraxis. Als einen Beweis, wie gefährlich und zugleich unsicher in Hinsicht auf das Resultat eine Phosphorvergiftung sein kann, führt er einen

von J. Th. Grönvall (Eira XV. s. 386. 1891) beobachteten Fall an, in dem schwere Vergiftungserscheinungen bestanden, aber Abortus nicht eintrat.

Diese Fälle lehren, dass der Phosphor allerdings mit Erfolg als Abortivum angewendet werden kann. Nur in 1 von den 11 Fällen wurde Selbstmord als Absicht angegeben, in den übrigen 10 handelte es sich sicher oder wahrscheinlich um Fruchtabtreibung. In 10 Fällen war der Phosphor von Streichhölzchen entnommen, gewöhnlich von 1 Päckchen, in 1 Falle von 10 Päckchen; nach $1^1/_2$ Stunde eintretendes Erbrechen hat jedenfalls in diesem Falle der Kr. das Leben gerettet. Der Phosphorgehalt eines Päckchens Streichhölzchen übersteigt allerdings die letale Dosis mehrfach, aber da der Phosphor in der Zündmasse nicht gelöst, sondern fein emulgirt vorhanden ist, braucht er eine längere Zeit, um vom Magen resorbirt zu werden, wenn nicht hinreichende Lösungsmittel im Magen vorhanden sind, und durch das eintretende Erbrechen wird sicher ein Theil des Giftes wieder entfernt.

Der Abortus trat nach den Angaben der Pat. meist am 3. bis 5. Tage, in 1 angeblich 12 Stunden und in 2 2—3 Wochen nach dem Einnehmen des Giftes ein. In 1 Falle lebte die Frucht in den Tagen vor dem Abortus, in einem Falle war die Frucht macerirt. Dass nicht der Behandlung allein der glückliche Ausgang zugeschrieben werden kann, geht daraus hervor, dass in 5 Fällen die Aufnahme in das Krankenhaus erst am 5. Tage oder später erfolgte, als das Gift bereits resorbirt war und seine deletären Wirkungen entfaltet hatte.

Der Krankheitverlauf war der gewöhnliche, in mehreren Fällen aber von schweren Complikationen begleitet, und in den Krankengeschichten ist im Allgemeinen der Zustand der Kr. als bedenklich bezeichnet, obgleich alle Kr. am Leben blieben und vollständig oder relativ gesund wurden. In 1 Falle nahm eine Frau 2 Jahre später wieder Phosphor behufs der Fruchtabtreibung und starb daran; 2 Frauen machten einige Jahre später normale Entbindungen durch.

Die bedeutende Zunahme der Selbstmorde bei Frauen durch Phosphorvergiftung in Schweden hat A. veranlasst, diese Verhältnisse in anderen Ländern (Preussen, Sachsen, Baden, Oesterreich, Belgien, England, Schottland, Dänemark, Norwegen) zu vergleichen; es ergab sich dabei in unzweideutiger Weise, dass in keinem dieser Länder eine Sterblichkeit an Vergiftungen überhaupt vorkommt, die sich mit der in Schweden vergleichen lässt, speciell dass der Phosphor in keinem dieser Länder auch nur annähernd in derselben Ausdehnung als Fruchtabtreibungsmittel Anwendung findet, wie in Schweden.

Die geographische Ausbreitung der Phosphorvergiftung in Schweden kann man recht gut verfolgen. Vor 1880 kamen nur sporadische Fälle vor; von 1880—1884, in der Periode, in der sie sich rasch vermehrten, traten 3 wohlgetrennte Herde auf: Skåne, Östergötland und Upland; 1885 bis 1889 breiteten sich die Phosphorvergiftungen über Vestmanland und Nerike aus und traten an 2 neuen Stellen (Gegend von Göteborg und Ångermanland und Medelpad) zahlreicher auf; in den Jahren 1890—1894, in denen die rascheste Zunahme erfolgte, waren die Phosphorvergiftungen in den genannten Gegenden ganz besonders häufig, während ihre Häufigkeit in den übrigen Theilen des Landes in gleichmässiger beständiger Zunahme begriffen war. Eine Ausnahme davon machen die Läne Gottland und Jönköping, in denen nur wenige Fälle vorkamen, sowie der Län Norrbotten, in dem kein einziger Fall vorkam. In Stockholm beginnt die Zunahme ungefähr gleichzeitig mit der in Upland, aber die Steigerung ist hier nicht so sehr auffallend, wenn man die starke Vermehrung der Selbstmorde überhaupt in Betracht zieht, sowie die relativ grosse Anzahl der illegitimen Verbindungen, die für das Grossstadtleben bezeichnend ist.

Während die zum Selbstmord verwendeten Gifte dem Wechsel der Mode unterworfen zu sein scheinen (denn eine andere Erklärung hat man nicht dafür, weshalb das eine oder das andere, eben so leicht zugängliche, mit Vorliebe angewendet wird), verhält es sich mit den Fruchtabtreibungsmitteln anders; wenn die gewöhnlichen, weniger wirksamen Mittel fehlschlagen, ist kein anderes kräftig wirkendes Mittel zugänglich als der Phosphor, weil der Handel mit den anderen verboten ist. Wie häufig die gelungenen Abtreibungsversuche sind, erfährt man jedenfalls niemals und die statistisch festgestellten Sterblichkeitziffern entsprechen jedenfalls nicht annähernd der Zahl der Fälle, in denen Phosphor als Fruchtabtreibungsmittel verwendet wird.

In einer historischen Notiz über Phosphor als Abortivmittel theilt Prof. Th. Husemann (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 2 och 3. s. 193. 1897) einen Fall aus dem Jahre 1841 mit, in dem eine Schwangere behufs Fruchtabtreibung als Rattengift verwendete Phosphorlatwerge genommen hatte und starb. Der Fall ist ausserdem noch dadurch interessant, dass Verfettung des Herzens und der Leber bei der Sektion gefunden wurde, zu einer Zeit, in der der Zusammenhang zwischen Phosphorvergiftung und Leberentartung noch nicht bekannt war. Walter Berger (Leipzig).

X. Medicin im Allgemeinen.

386. **Ueber die Verwerthbarkeit Röntgen'scher Strahlen für medicinisch-chirurgische Zwecke.** (Vgl. Jahrbb. CCL. p. 71. 265; CCLI. p. 191; CCLII. p. 70.)

Aus den letzten Monaten sind folgende Arbeiten zu erwähnen:

Ein Beitrag zur Frage der Verwendung der Röntgen'schen Strahlen in der Chirurgie; von Prof. M. Oberst in Halle. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 41. 1896.)

O. beschränkt sich in der mit 15 ausgezeichneten Abbildungen versehenen Arbeit auf die *Knochenbrüche,* für die der Werth des Röntgen'schen Verfahrens auf der Hand liegt. „Wir sind mit demselben in der Lage, in den allermeisten Fällen von Knochenbrüchen (ausgenommen Schädel-, Becken-, Schenkelhals- und Wirbelfrakturen) mit absoluter Sicherheit und Genauigkeit und ohne jede schmerzhafte Empfindung für den Verletzten festzustellen, ob in zweifelhaften Fällen ein Knochenbruch vorliegt, welche Richtung die Bruchlinie besitzt, ob und welche Verschiebungen der Bruchstücke eingetreten sind; auch eine etwaige Interposition von Weichtheilen würde sich unschwer nachweisen lassen." In O.'s Krankenhause wird von jedem Knochenbruche auch nach abgeschlossener Behandlung ein Röntgen'sches Photogramm gefertigt und das gewonnene Bild mit dem unmittelbar nach der Aufnahme hergestellten verglichen. Dabei hat sich herausgestellt, dass die sogenannten idealen Heilungen der Knochenbrüche doch viel seltener sind, als man bisher geglaubt hat, dass fast bei allen Knochenbrüchen mit schiefer Richtung der Bruchlinien die Heilung mit einer mehr oder weniger bedeutenden Verschiebung der Bruchstücke erfolgt, die sich durch einfache manuelle Untersuchung nicht oder doch nicht richtig erkennen lässt. Eine geringe Verschiebung der Bruchstücke wird eben durch den Callus, der häufig um so massenhafter sich entwickelt, je bedeutender die Verschiebung ist, verdeckt.

Zur weiteren Verwerthung der Röntgen-Bilder in der Chirurgie; von Prof. J. Wolff in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 40. 1896.)

W. weist auf eine bisher in der Literatur noch fast gar nicht erörterte Seite der Wichtigkeit der *Röntgen-Strahlen* hin, nämlich auf *„die Bedeutung der zu verschiedenen Zeiten wiederholten Durchstrahlung eines Körpertheiles eines und desselben lebenden Individuum als eines Hülfsmittels zur Erforschung wichtiger, auf andere Weise viel schwerer oder gar nicht zu lösender wissenschaftlicher Fragen,* zunächst auf dem Gebiete der Chirurgie". W. hat hier namentlich die *angeborene Hüftluxation* im Sinne und die verschiedenen Methoden ihrer Behandlung. Namentlich wird man durch fortgesetzte Röntgen-Durchleuchtung über die endgültigen Schicksale der auf blutigem oder unblutigem Wege eingerenkten Hüftgelenke unterrichtet werden können, namentlich auch darüber, ob in der That die Transformation der Knochen an der Stelle des Gelenkes, die Vertiefung der Pfanne und die Congruenz zwischen Kopf und Pfanne in der von Hoffa, Lorenz und W. vermutheten Weise vor sich gehen und ob die Congruenz ebenso durch das unblutige Verfahren, bei dem wir ganz und gar auf diese Transformationen angewiesen sind, erreichbar ist, wie durch das blutige, bei dem wir diesen Transformationen auf operativem Wege vorgearbeitet haben.

Röntgen-Aufnahmen von kindlichen Becken; von Dr. Zenkar in Hamburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.)

Das erste Becken zeigte rechts ein normales, links ein congenital luxirtes, bisher noch nicht behandeltes *Hüftgelenk.* An letzterem ist das Vorhandensein des Y-Knorpels bemerkenswerth, das Dollinger's Theorie frühzeitiger Verknöcherung dieses Knorpels bei congenitaler Luxation widerlegt. Am 2. Becken sieht man zwei *unblutig reponirte* Luxationen; links findet der Kopf deutlich eine Stütze von einer oberen Knochenausladung der rudimentären Pfanne, rechts steht der Kopf nicht in der Pfanne, sondern stützt sich bei stark nach aussen rotirtem Oberschenkel gegen die Gegend der Spina ant. inf. Die Gelenkverbindungen sind beiderseits anscheinend recht fest. Bei dem rechten Bein war das Repositiongeräusch nicht deutlich gehört worden.

Zur Anwendung des Röntgen'schen Verfahrens bei Schussverletzungen des Kopfes; von Dr. Max Scheier in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 40. 1896.)

Der 27jähr. Kr. war vor 5 Jahren mit einem Tesching in den Kopf geschossen worden. Die Einschussöffnung befand sich am äusseren Ende des rechten Arcus superciliaris. Direkt nach dem Unfall vollständige Lähmung des rechten N. trigeminus mit Ausnahme seines motorischen Astes, Verlust des Geschmackes auf den vorderen 2 Dritteln der rechten Zungenhälfte, Lähmung des rechten Olfactorius und Opticus. Diese Lähmungen bestehen noch jetzt fort. Nach der Verletzung war das Geschoss vergeblich in der rechten Augenhöhle gesucht worden. Die Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen ergab, dass die Kugel in der Gegend des rechten Felsenbeines, 1.5 cm von der Medianlinie liegt. „Berücksichtigt man den klinischen Befund und die Röntgen-Aufnahmen vom Patienten, so müsste man annehmen, dass die Kugel direkt am Ganglion Gasseri liegt und durch Druck wahrscheinlich die Lähmung des Trigeminus herbeigeführt hat. Vielleicht hätte auch, wenn man gleich nach dem Unfall ein Strahlenbild genommen hätte, ein chirurgischer Eingriff, der dazu diente, die Kugel an dieser für den Chirurgen noch gut zugänglichen Stelle zu entfernen, die Lähmung des Trigeminus in Heilung überführen können."

Beitrag zur Darlegung des Nutzens der Röntgographie bei der Beurtheilung von Verletzungen; von Dr. C. Thiem. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. 9. 1896.)

Kr. mit Fraktur der unteren Radiusepiphyse. Das *„Röntgogramm"* ergab eine seltene ulnare Verschiebung des oberen Fragmentes.

Zur Verwendbarkeit der Röntgen'schen Skiagraphie bei der Begutachtung von Unfallverletzten; von Dr. C. Kaufmann. (Mon.-Schr. f. Unfallhkde. 9. 1896.)

Eine Fistel am Mittelfinger wollte trotz 4monatiger Behandlung nicht heilen. Die Röntgen-Durchleuchtung zeigte in der Tiefe einen Metallsplitter. Extraktion, *Heilung*.

In einem andaren Falle von volarer Luxation des linken Os scaphoid. und hamatum zeigte das Skiagramm auch eine Fraktur des Os scaphoideum.

Trois cas de corps étrangers de la main décelés par la photographie au moyen des rayons de Roentgen; par le Dr. Péraire. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 15. p. 986. Juin, Juillet 1896.)

Nachweis von *Fremdkörpern in der Hand* mittels Roentgen-Strahlen (2 Nadeln, 1 Projektil).

Ueber einen Fall von operativer Entfernung eines Glassplitters nach Photographie mit Röntgen-Strahlen; von Dr. Bransewetter. (Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 1. 1897.)

Der Glassplitter sass $^{3}/_{4}$cm über dem Metacarpophalangealgelenke des rechten Daumens.

Ein Fremdkörper in der Lunge. Lokalisation mit den Röntgen'schen Strahlen; von Dr. R. Pöch in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 46. 1896.)

Ein 10jähr. Knabe hatte einen 3 cm langen *Tapezirernagel* mit Messingknopf *aspirirt*. Heftige Athembeschwerden u. s. w. Nach der Untersuchung konnte sich der Fremdkörper nur in der linken Lunge befinden; eine genauere Lokalisation war jedoch nicht möglich. *Durchleuchtung des Thorax mittels Röntgen-Strahlen.* Es gelang den Nagel bei einer Durchleuchtung während eines Hustenanfalles zu finden. Er wurde bei später vorgenommener Durchleuchtung immer wieder gesehen und erschien auch auf den mit den Röntgen-Strahlen aufgenommenen Photographien. Der Nagel lag in der linken Thoraxhälfte, in der Höhe des 6. Brustwirbels, nahe der hinteren Thoraxwand. Die so gewonnene Lokalisation scheint für den chirurgischen Eingriff zur Entfernung des Fremdkörpers zu genügen.

The effect of the Roentgen rays on urinary and biliary calculi; by H. Morris. (Lancet Nov. 14. 1896.)

M. hat eine grössere Reihe von Versuchen angestellt, bei Kr. mit Nieren-, bez. Gallensteinen die Conkremente in vivo mittels der Röntgen-Strahlen nachzuweisen. Diese Versuche sind bisher misslungen. Sehr interessant sind dagegen die von M. mitgetheilten Röntgen-Bilder von verschiedenen Arten von Nieren- und Gallensteinen nach ihrer Entfernung aus dem menschlichen Körper. Je nach der Zusammensetzung der Conkremente waren die Bilder mehr oder weniger deutlich.

Ueber die Bedeutung der Röntgen-Strahlen für die innere Medicin; von Prof. E. Grunmach. (Therap. Monatsh. XI. 1. 1897.)

Gr. theilt die mittels der *Durchleuchtung* bei einer Reihe *innerer Erkrankungen* gewonnenen Resultate mit.

In 3 Fällen von *Struma,* in denen die Kr. über grosse Athemnoth klagten, konnte bei seitlicher Durchstrahlung des Halses eine deutliche Verengerung der Luftröhre festgestellt werden.

In 2 Fällen von *Lungenerkrankung* gelang es mit Hülfe der Röntgen-Strahlen grosse Tumoren der rechten Lunge nachzuweisen; bei zahlreichen chronischen Pneumonien mehr oder weniger grosse Verdichtungen und Verkalkungen. In einem Falle von eiterigem Exsudat der linken Pleurahöhle konnte die Ausdehnung des Ergusses bei der Durchleuchtung des Thorax durch die benachbarte comprimirte linke Lunge und das nach rechts verschobene, an abnormer Stelle schlagende Herz aus drei verschiedenen Schattenbildern deutlich ersehen werden. Bei Emphysem und ähnlichen Zuständen lässt sich mit keiner unserer bisherigen Untersuchungsmethoden so genau und sicher die Lage, Ausdehnung und Bewegung jeder einzelnen Lunge, sowie die Exkursionbreite des Zwerchfelles bei gleicher Beweglichkeit beiderseits oder bei Verschiedenheit auf beiden Seiten erkennen und beurtheilen, als mit Hülfe der Röntgen-Strahlen.

Bei dem Volumen pulmonum auctum, wo sich die Grenzen des in hohem Grade von Lunge überlagerten *Herzens* mit unseren bisherigen Hülfsmitteln überhaupt nicht feststellen lassen, hat sich die Röntgen-Durchleuchtung als die allein sichere Methode zur Bestimmung der Lage und Grösse des Herzens bewährt.

Sehr bemerkenswerthe Befunde konnte Gr. in verschiedenen Fällen von Erkrankungen des *Cirkulationapparates* erheben, so namentlich bei Dilatatio aortae, verbunden mit Arteriosklerose. In 4 Fällen von *Chlorose* konnte durch die Röntgen-Strahlen bewiesen werden, dass die vor der Eisenbehandlung perkutorisch nachweisbare Dilatatio cordis nur eine scheinbare und lediglich durch Verlagerung des Herzens in Folge von Hochstand des Zwerchfelles bedingt war. Auch die Wirkung der Digitalis auf die gestörte Herzthätigkeit konnte in einem Falle von Myokarditis mit Arrhythmie mit Hülfe der Röntgen-Strahlen verfolgt werden.

„Mit Zuversicht lässt sich erwarten, dass die neue Untersuchungsmethode bei zweckmässiger Weiterentwickelung auch für die Erkrankungen der übrigen inneren Organe zu diagnostisch verwerthbaren Resultaten führen wird."

Ein asthmatischer Anfall im Röntgen-Bilde; von Dr. M. Levy-Dorn. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. 1896.)

Bei einer 28jähr. Kr. mit Bronchitis sicca, consekutiver Lungenblähung und Asthma ergab die während eines leichten *asthmatischen Anfalles* angestellte Röntgen-Durchleuchtung *verschiedene Grade der exspiratorischen Dyspnöe an den beiden Zwerchfellhälften.* Die Exspiration war links, wiewohl mit Mühe, noch ausführbar, rechts aber überhaupt nicht mehr möglich. Der Tiefstand der rechten Zwerchfellhälfte entsprach etwa ihrer Höhe bei der normalen Einathmung. Es handelte sich jedenfalls nicht um einen Krampf, sondern um einen passiven Tiefstand, eine Verdrängung des Zwerchfelles durch Lungenblähung. Einen besonderen Werth beansprucht der Fall noch dadurch, dass er auf's Deutlichste zeigt, dass die Ursache der asthmatischen Dyspnöe vorwiegend in den Bronchen nur *einer* Lunge ihren Sitz haben *kann.*

La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de Roentgen; par Ch. Bouchard. (Gaz. des Hôp. LXIX. 144. 1896.)

B. fand in 3 Fällen von rechtseitiger *exsudativer Pleuritis*, dass die von der Flüssigkeit eingenommene Pleurahälfte bei der Röntgen-Durchleuchtung einen dunklen Schatten zeigte, der auffallend mit der Helligkeit der gesunden Seite contrastirte. Der dunkle Schatten

reichte gerade so weit, wie die Flüssigkeitgrenze. Auch das in normalem Zustande nicht sichtbare Mediastinum zeigte links von der Wirbelsäule einen dunklen Schatten, verursacht durch die nach der gesunden Seite hinüberdrängende Flüssigkeit.

Die Radioskopie kann jedenfalls in solchen Fällen die durch die anderen Untersuchungsmethoden gewonnenen Resultate controliren.

Les rayons de Roentgen appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire; par Ch. Bouchard. (Gaz. des Hôp. LXIX. 147. 1896.)

B. hat in verschiedenen Fällen *tuberkulöse Spitzeninfiltrationen* mittels der Röntgen-Strahlen nachweisen können. Die infiltrirten Partien zeichnen sich auf dem Fluorescenzschirm durch einen dunklen Schatten ab.

Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax; par Ch. Bouchard. (Gaz. des Hôp. LXX. 1. 1897.)

Nouveaux faits de radioscopie de lésions intrathoraciques; par le Prof. Bergonié. (Gaz. des Hôp. LXX. 2. 1897.)

The estimation of the size and shape of the heart by the Roentgen rays; by H. C. Thomson. (Lancet Oct. 10. 1896.)

In den Fällen, in denen die Grenzbestimmungen des Herzens durch Palpation, Perkussion und Auskultation nicht vollkommen genau sind, kann man sich zur Vervollständigung der Untersuchung der Röntgen-Durchleuchtung bedienen. Namentlich bei Aneurysmen ist diese Methode werthvoll.

The practical application of the Roentgen rays in diseases of the heart and great vessels; by H. C. Thomson. (Lancet Dec. 12. 1896.)

Sicherung der Diagnose „*Aortenaneurysma*“ durch die Röntgen-Durchleuchtung.

Des circulations artérielles et veineuses du rein, étudiées au moyen des rayons de Roentgen et du stéréoscope; par Poncet. (Bull. de l'Acad. de Méd. LX. 51. p. 899. Déc. 29. 1896.)

Zur Erforschung der Nierencirkulation hat P. die *Nierengefässe* mit einer metallischen Masse injicirt und die Niere dann den Röntgen-Strahlen ausgesetzt. Die stereoskopische Betrachtung der so gewonnenen Bilder ergab vor allen Dingen, dass die interpyramidalen Arterien keine Schleifen bilden und dass die Pyramiden-Arterien von den Glomerulis ihren Ausgang nehmen. Die Venen dagegen bilden zahlreiche Anastomosen, so dass man von einer kleinen Vene aus die ganze Niere injiciren kann.

Vorschlag zur Verwendung von X-(Röntgen-) Strahlen bei einigen Formen von Blindheit; von Dr. E. Bock in Laibach. (Wien. klin. Wchnschr. XLVI. 52. 1896.)

B. macht den Vorschlag, bei denjenigen Blinden, deren Sehnerv und Netzhaut zwar gesund sind, so dass sie Licht und Dunkel unterscheiden können, bei denen aber eine dichte, unheilbare Trübung der optischen Medien die Wahrnehmung von Gegenständen verhindert, mittels der X-Strahlen Bilder auf der gesunden Netzhaut zu erzeugen. Technisch ist dieses Verfahren jedenfalls möglich. Solche mittels X-Strahlen auf der Netzhaut mancher Blinden erzeugten Bilder würden in erster Reihe theoretisches Interesse haben, könnten dann aber auch den Unterricht blind gewordener, früher sehender Kinder unterstützen oder endlich auch in gerichtlicher Beziehung von Bedeutung sein.

Ueber die Verwendung Röntgen'scher Strahlen bei einigen Formen der Blindheit; von Dr. E. Bloch in Wien. (Wien. med. Wchnschr. XLVI. 53. 1896.)

Aus theoretischen Gründen, sowie auf Grund misslungener praktischer Versuche wendet sich Bl. gegen die von Bock gemachten Vorschläge.

Dermatitis nach Durchleuchtung mit Röntgen-Strahlen; von Dr. E. Sehrwald in Freiburg i. B. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 41. 1896.)

Bei einem 13½jähr., zarten und schwächlichen Jungen, dessen Rumpf einmal 45 Minuten lang der Einwirkung von Röntgen-Strahlen ausgesetzt worden war, entwickelte sich 14 Tage später zwischen Schwertfortsatz und Nabel eine eigenthümliche *Hautaffektion.* Die Haupterscheinungen bestanden in einer Entzündung mit Hyperämie, Knötchen- und Bläschenbildung und Juckreiz, einer sehr starken Pigmentbildung, Verlust der feinen Lanugohärchen und einer auffallenden Verminderung der Schweiss- und Talgabsonderung. Langsame *Heilung.*

Trotz der unzähligen Versuche, die jetzt allerorts mit den X-Strahlen angestellt werden, scheinen derartige Störungen zu den Seltenheiten zu gehören. Es darf aber wohl erwartet werden, dass sie gänzlich verschwinden, wenn nur noch beste Röhren zur Anwendung kommen, die es erlauben, 1) nur Abstände von 60 und mehr Centimeter zu benutzen, wie sich das schon aus rein geometrischen Gründen sehr empfiehlt, 2) nur mit relativ schwach gespannten Strömen zu arbeiten, und die es 3) gestatten, die Expositionzeit wesentlich zu verkürzen.

Dermatitis caused by Roentgen X rays; by H. C. Drury. (Brit. med. Journ. Nov. 7. 1896.)

Bei einem Kr., der zum Nachweise von Nierensteinen innerhalb 6 Tagen 2mal 1, bez. 1½ Stunde den Röntgen-Strahlen ausgesetzt worden war, bildete sich auf dem Abdomen eine sehr starke *Dermatitis*, die mit unangenehmen Allgemeinerscheinungen verbunden war und nur sehr langsam abheilte. In der Mitte bildete sich eine Geschwürsfläche, die trotz mehrfacher Kauterisationen noch 16 Wochen nach Einwirkung der Röntgen-Strahlen bestand und nur sehr langsame Heilungfortschritte machte.

Der Nachweis eines Nierenconkrementes war übrigens nicht gelungen.

A case of dermatitis from Roentgen rays; by H. R. Crooker. (Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.)

Ein 16jähr. Junge wurde behufs *Radiographie der Wirbelsäule* 1 Stunde lang den Röntgen-Strahlen ausgesetzt. 6 Tage später hatte sich eine ausgedehnte *Dermatitis* der Nabelgegend ausgebildet. Starke Bläschenbildung; kein Haarausfall. Langsame *Heilung.*

The practical application of X rays to surgery and surgical teaching; by W. Turner. (Lancet June 20. 27. 1896.)

X rays; by J. Macintyre. (Lancet Nov. 7. 1896.)

On various forms of talipes as depicted by X rays; by R. Barwell. (Lancet Nov. 28., Dec. 26. 1896.)

The practical value of the Roentgen-ray in the routine work of surgical office practice; by M. H. Richardson. (Med. News LXIX. 25 flg. 1896.)

Who shall apply the X ray in medicine and surgery? by F. E. Bunts. (Clevel. med. Gaz. XII. 2. 1896.)

Beobachtungen und Betrachtungen aus dem Röntgen-Kabinette; von Prof. M. Benedikt. (Wien. med. Wchnschr. XLVI. 52. 53. 1896.)

Röntgen-Strahlen von hoher Intensität; von Prof. Buka in Charlottenburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. 1896.)

Ueber grössere Deutlichkeit in Röntgen-Bildern; von Dr. W. Cowl in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. 1896.)

Eine Vorrichtung zur Bestimmung von Lage und Grösse eines Fremdkörpers mittels der Röntgen-Strahlen; von S. Exner in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 1897.)

Im Auszug und ohne Abbildungen nicht verständlich. P. Wagner (Leipzig).

B. Originalabhandlungen

und

Uebersichten.

II. Beiträge zur Physiologie, Pathologie und Chirurgie des Grosshirns.

Zusammenstellung von Arbeiten aus den Jahren 1893 und 1894 [1])

von Dr. L. Goldstein in Aachen.

C. Chirurgie.

1) A. v. Bargmenn (Riga), Ueber Trepanetien bei Hirnverletzungen. Petersh. med. Wchnschr. XVIII. 51. 1893.

2) Nicolai (Frankfurt a. O.), Trepanetion nach Stichverletzung des Gehirns. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXII. 7. 1893.

3) H. Welther, Beitrag zur chirurgischen Behandlung des otitischen Gehirnabscesses. Aerztl. Mittheil. eus u. für Baden XLVII. 1; 15. Jan. 1893.

4) Otto Lenz, Ein Fall von tiefem Hirnebscess. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXIII. 4 u. 5. 1893.

5) E. Leyden, Demonstration eines Felles von Rindenepilepsie, geheilt durch Trspanetion. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 37. 1894.

6) Cerline, Case of trephining for traumetic epilepsy. Brit. med. Jonrn. Fehr. 24. 1894.

7) H. Buringh Boekhoudt, Bidrage tot de hersen-chirurgie. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 10. 1893.

8) Rushten Perker and Frenois Goteh, A case of focal epilepsy, trephining, electrical stimuletion end excision of focus; primery healing; improvement. Brit. med. Journ. Mey 27. 1893.

9) Leonerd Bidwell end E. S. Sherington, Focal epilepsy; trephining end removal of small haemorrhagio focus; noimprovement; removal of part of leg centre after electrical stimulation; improvement. Brit. med. Jonrn. Nov. 4. 1893.

10) Hele White, A study of a case of focal epilepsy. Brit. med. Journ. July 29. 1893.

11) R. Welther, Ein Fall von tranmetischer Cortikalepilepsie. Aerztl. Mittheil. eus u. für Baden XLVII. 15. Juni 1893.

12) G. Rossolimo, Zur Symptometologie u. chirurgischen Behandlung einer eigenthümlichen Grosshirncyste. Dentsche Ztschr. f. Nervenhkde. VI. 1 u. 2. 1894.

13) Leo Stsglitz end G. Gerster, Report of a case of cystic tumor of the hrain, operated upon with success. Amer. Journ. of med. Sc. CV. 6; Jen. 1893.

14) P. K. Pel (Amsterdam), Eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz u. mit normalem Augenhintergrund; Exstirpetien. Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 5. 1894.

15) Audeoud, Note sur un cas de tumeur du lobule paracentral. Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 12; Déc. 20. 1893.

16) R. Sommer, Die mechanischen Folgen eines Tumor cerehri. Jahrb. f. Psychietrie XII. 1 u. 2. 1893.

17) V. Hersley, Discussion on the treetment of cerebral tumours. Brit. med. Journ. Dec. 23. 1893.

18) Osw. Vierordt, Ueber die operative Behandlung snhoortikal gelegener Hirntumeren. Fortschr. d. Med. Nr. 13. 1894.

19) Bruns (Hennover), Usber Hirntumoren mit specieller Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung. Neurol. Centr.-Bl. Nr. 11. 1893.

20) Byrom Bremwell, On intra-crenial surgery. Edinh. med. Jonrn. XXXIX. 12. p. 1067. June 1894.

21) C. Winckler, Bijdrage tot de hersen-chirurgie. Weekhl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. Nr. 7. 1893.

22) John Chiene, Remarks en intra-oranial surgery, with e method of ascertaining the reletions of the cerehral convelntiens te scalp snrface. Edinh. med. Jeurn. XXXIX. 12. p. 1065. June 1894.

Die Frage, liegt ein Abscess des Gehirns vor, der so rasch wie möglich eröffnet werden muss, oder handelt es sich um einen Erweichungsherd, bei dem die Möglichkeit einer spontanen Ausheilung nicht ausgeschlossen ist, ist unter Umständen, wie A. v. Bergmann (1) hervorhebt, sehr schwer, oft gar nicht zu entscheiden. Kommt man nicht rechtzeitig aus den für und gegen den Eingriff sprechenden Erwägungen zu einer positiven Entscheidung, so können alle Erwägungen abgeschnitten werden durch den plötzlich eintretenden Durchbruch in den Ventrikel, durch den Tod. v. B. beobachtete folgenden Fall.

Ein 70jähr. Mann; complicirte Fraktur am *linken* Stirnbeine. Am 3. Tage Parese des Armes und Beines, Herabsetzung der Sensibilität links. Grosse Unruhe, Temperatur 37—37.6°, Puls 96. Trepanirt wurde im Bereiche der Fraktur links, um einem Erweichungsherde günstigere Bedingungen zur Heilung zu verschaffen. Die Trepanetion führte zu keinem Ergebniss. Tod.

Die Diagnose lantete: subdurales Hämetom rechts und Erweichungsherd mit Durchhruch in den Seitenventrikel, wehrscheinlich im *linken* Stirnlappen. Die Sektion bestätigte die Diagnose, aber der Herd sass *rechts* unter dem Hämetom im Schläfenleppen. v. B. hette sich in diesem Falle von der Verstellung eines Erweichnngsherdes in loco laesionis gefangen nehmen lassen, ohwohl die Ausfallssymptome auf die *rechte* Hirnseite hinwiesen.

Die nahen Beziehungen zwischen Hirnabscess und Erweichungsherd zeigt folgender Fall.

Eine 35jähr. Frau mit complicirter Fraktur des rechten Stirnbeins; Ficber. Trepanetion. Entfernnng eines deprimirten Knechenstückes. 8 Wochen später Facialisparese links, Erbrechen, heiderseitige Stannngspapille. Temperatur normal, Puls 70. Keine Lähmungen, keine

[1]) Schluss; vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 90.

Sensibilitätstörungen. Trepanation, wobei ein grosser Erweichungsherd im Stirnlappen gefunden wurde. Prolapsus cerebri. Parese des linken Armes, später des linken Beines. Dann plötzlich Besserung, Stauungspapille verschwunden. Der Prolaps bildete sich zurück. Nach Monaten kam die Pat. wieder mit linker Facialisparese. Prolaps, Temp. 37.0°, Puls 80. Ein abermaliger Eingriff eröffnete einen kleinapfelgrossen Abscess im rechten Stirnlappen; keine Besserung. Tod.

Die *Sektion* ergab: Eiteransammlung subdural, sich über den Parietallappen erstreckend, keine eitrige Meningitis. Der eröffnete Abscess hatte sich bis auf Wallnussgrösse verkleinert. Im Bereiche des zuerst operirten Erweichungsherdes Narbengewebe, darunter ein bohnengrosser abgekapselter Abscess.

Die Frage, wie die Abscesse in diesem Falle zu Stande gekommen sind, lässt v. B. unentschieden.

Nicolai (2) beobachtete folgenden Fall von Stichverletzung des Gehirns.

Ein Soldat erlitt eine Verletzung mit der Dueggabel: kreisrundes Loch (6—7 mm) an der linken Schläfengegend, 3 cm oberhalb des vorderen Ansatzes der Ohrmuschel, 7 cm oberhalb des oberen Randes des äusseren Gehörganges, 2 cm von einer von hier senkrecht nach oben gedachten Linie. Trepanation. Entfernung von Splittern der inneren Tafel, die flach auf der harten Hirnhaut lagen, von denen einer tief in die Hirnmasse eingedrungen war. Die NN. hypoglossus und facialis waren gelähmt; amnestische Aphasie, Alexie und Agraphie, ferner Lähmung des rechten Armes und Beines. Ein Hirnabscess hatte sich trotz einer Verletzung mit einem so unsauberen Gegenstande nicht gebildet. Völlige Heilung.

Einen Fall von otitischem Hirnabscess theilt H. Walther (3) mit.

Ein 23jähr. Mädchen hatte schon in der Schulzeit an rechtseitigem Ohrenfluss gelitten. Blutungen aus dem rechten Ohre, Entfernung von Polypen. Auf dem rechten Ohre taub. Kopfschmerz in der Schläfengegend. Puls beschleunigt, kein Fieber, Aufmeisselung des Proc. mast. ohne Erfolg. Später erfolgten Anfälle von kurz dauernder Bewusstlosigkeit, die rechte verengte Pupille reagirte sehr träge; in beiden Armen rotatorische Zuckungen, leichte Zuckungen in den Beinen. Puls beschleunigt, heftige Schmerzen in Schläfen- und Hinterhauptsgegend. Keine Lähmungserscheinungen, keine Sensibilitätstörungen der Glieder. Diagnose: otitischer Abscess im rechten Schläfenlappen. Resektion eines Stückes des knöchernen Schädeldaches. Probepunktion. Am Tage nachher Eiterung aus einer der Stichöffnungen. Heilung.

Einen Fall von tiefem Hirnabscess theilt O. Lanz (4) mit.

Ein 23jähr. Mann erkrankte mit Schüttelfrost, vorher Schmerz im linken Ohre; Kopfschmerzen, Fieber, fötider Ausfluss aus dem linken Ohre stellten sich ein. Anfälle von Zuckungen der linken Gesichtshälfte, Sensorium benommen. Stauungspapille, Aphasie. Operation (Kocher) in der Gegend der oberen Temporalwindung. Züchtung eines Bacillus aus dem gefundenen Eiter, der noch nicht beschrieben ist: Bacillus pyogenes foetidus liquefaciens. Besserung, die jedoch nicht anhielt. Der Pat. ging unter zunehmender Herzschwäche zu Grunde. Aus der Sektion des Gehirns: der linke Schläfenlappen an der Trepanöffnung adhärent; an der Hinterfläche des linken Os petrosum, dem Sinus transversus entsprechend, ein Eiterpfropf, der in einer Knochenvertiefung lag, die nach der Trepanöffnung hinführte. Ein Schnitt durch die Trepanationsstelle führte durch einen der Hirnoberfläche ganz nahe gelegenen, taubeneigrossen Abscess hindurch. Die Abscesshöhle war völlig abgeschlossen, von einer dicken Membran ausgekleidet, das angrenzende Hirngewebe als schmaler Saum gelb verfärbt. Der Stelle des operativ eröffneten Abscesses entsprach eine Narbe, durch deren Mitte ein Kanal ging, der in den Seitenventrikel führte.

Die Todesursache ist nicht ganz aufgeklärt. Der zweite Abscess ist nicht Schuld am Tode; vielleicht erschöpfte eine Pneumonie die Kräfte des Kr. und führte zu dem lethalen Ausgange.

Hinsichtlich der Sprachstörung, einer Leitungsaphasie, ist zu bemerken, dass erhalten waren: 1) das Sprachverständniss, 2) das Copiren, 3) das Spontansprechen, 4) das Nachsprechen; erloschen dagegen 1) das Schriftverständniss, 2) das Lesen, 3) das Spontanschreiben, 4) das Diktatschreiben.

Der Operation bei *Epilepsie* gelten folgende Arbeiten.

E. Leyden (5) theilt einen Fall von Rindenepilepsie mit, in dem der Kr. durch die Trepanation geheilt wurde.

Es handelte sich um einen 30jähr. Postschaffner, bei dem Krämpfe der linken Körperseite, heftiger rechtseitiger Kopfschmerz, schlaffe Lähmung der linken Körperseite, Benommenheit bestanden. Keine Sensibilitätstörung, keine Stauungspapille. Auf der Höhe des Schädels rechterseits fand sich eine flache Depression, herrührend von einer Schädelfraktur im Alter von 4 Jahren.

Die Operation wurde von v. Bergmann an eben dieser Stelle ausgeführt: Bindegewebe zwischen Dura und Knochen etwas verdickt. Punktion der Hirnsubstanz ohne Erfolg.

L. hebt als bemerkenswerth hervor, dass zwischen Schädelverletzung und erstem epileptischen Anfalle 24 Jahre lagen. Das Zurückbleiben einer geringen Lähmung im linken Beine entspricht der Lage der cortikalen Schädeldepression, unter der das Centrum des linken Beines gelegen ist.

Carline (6) beobachtete einen 17jähr. Grubenarbeiter, der eine schwere Kopfverletzung im 12. Lebensjahre erlitten hatte; 2 Jahre später traten epileptische Anfälle auf, schliesslich 30 Anfälle täglich, wobei zuerst Zucken im linken Mundwinkel, dann der ganzen linken Gesichtshälfte, am linken Arme und Beine bemerkt wurde. Bewusstlosigkeit. Trepanation in der Gegend der Rolando'schen Furche. Zeichen einer alten Fraktur wurden gefunden, die Dura war adhärent, wurde nicht gespalten. Ausbleiben der Anfälle und Verschwinden der vorher vorhandenen psychischen Perversität.

Während in diesem Falle 2 Jahre zwischen der Verletzung und dem Auftreten der ersten Anfälle, in dem Leyden'schen aber 24 Jahre verflossen waren, betrug dieser Zeitraum in einem vom *Ref.* beobachteten, bisher noch nicht veröffentlichten mehr als 35 Jahre und auch hier weist die Analyse der epileptischen Symptome auf die motorischen Rindencentren hin und auch hier, Alles wie in dem Falle von Leyden, trat trotz der geringen anatomischen Veränderung, die bei der Trepanation gefunden wurde, nicht allein eine deutliche Besserung, sondern eine völlige, jetzt 5 Jahre andauernde Heilung, auch der psychischen Symptome, ein.

Ein mittelgrosser kräftiger Jurist, 45 Jahre alt, litt nach der Aussage seiner Frau seit $1^1/_4$ Jahren an epileptischen Anfällen, die mit einer Aura, schmerzhaftem Ziehen im rechten Unterschenkel, sich einstellten. Auf Befragen wurde angegeben, dass die Zuckungen des rechten Unterschenkels, die auf den rechten Oberschenkel übergingen, anfänglich nur auf dieser Seite bestanden hatten. Bewusstlosigkeit, wenn auch nur kurze, schien gleich in den ersten Anfällen vorhanden gewesen zu sein.

Später wurde auch die linke Seite von den Zuckungen ergriffen, und zwar zunächst der Arm und dann das Bein. Die Pausen zwischen den Anfällen betrugen anfänglich 5—6 Wochen, allein dies dauerte nicht lange; die Anfälle wurden immer zahlreicher, immer stärker, so dass der Kr. aus Furcht, bei Gericht einen Anfall zu bekommen und weil die psychischen Fähigkeiten anfingen, beeinträchtigt zu werden, seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte. Als *Ref.* ihn sah, war er bettlägerig; auf Geheiss ging er schwerfällig durch das Zimmer, das rechte Bein nachschleppend. Psychisch war er auch in den Intervallen der Anfälle, die sich jetzt fast täglich einstellten, etwas benommen. Die Untersuchung ergab, dass auf der linken Schädelseite über dem Seitenwandbeine eine etwa 6 cm lange S-förmige Narbe sich befand. Diese rührte von einer Verletzung in frühester Jugend her, deren Pat. sich kaum noch erinnerte. Nachträglich fiel ihm ein, dass ihm etwa im 6. Lebensjahre eine schwere Schultafel auf den Kopf gefallen, die Wunde aber damals schnell geheilt sei. Ob eine Gehirnerschütterung damals stattgefunden, konnte Pat. sich nicht mehr erinnern.

Auf den Vorschlag des *Referenten* hin wurde der Kr. in das Mariahilfhospital zu Aachen überführt und die Trepanation wurde an der Stelle der beschriebenen Narbe von dem chirurgischen Oberarzte dieses Hospitals Dr. Krahbel (dem *Ref.* die chirurgischen Notizen verdankt) nach Wagner ausgeführt. Beim Aufklappen des Hautperiostknochenlappens zeigten sich leichte Verwachsungen mit der Dura, die vom Knochen getrennt wurde. Da die Trepanationöffnung nicht ganz dem Centrum für das rechte Bein entsprach, wurde sie nach dieser Gegend hin noch erweitert, indem mit der *Luer'*schen Hohlmeisselzange ein etwa 10-pfennigstückgrosses Knochenstück ausgeschnitten wurde. Doch war hier die Dura unverändert, so dass von einer Incision Abstand genommen wurde. Der Knochenlappen ward wieder eingepflanzt, eine kleine Lücke im Schädeldach belassen, um keinen Druck auf das Gehirn auszuüben, ein Jodoformgazetampon leicht in die Schädellücke eingelegt. Nach der Operation kein Fieber, keine Hirnerscheinungen, vollständig reaktionsloser Verlauf. Epileptische Anfälle traten *nicht* mehr auf. Der Knochen heilte ohne Eiterung prima intentione ein, nur eine kleine Lücke im Schädel war oberhalb des oberen Segmentes fühlbar. Am 21. Jan. 1892 wurde der am 11. Dec. 1891 in das Spital aufgenommene Pat. als geheilt entlassen. 5 Jahre sind seitdem verflossen und es ist seitdem ein epileptischer Anfall nicht mehr eingetreten. Der Pat. kommt in vollem Umfange und in geistiger Frische seinem Berufe nach. Noch unlängst konnte *Ref.* sich von dem Wohlbefinden desselben überzeugen; ein straffes Gewebe füllt die Knochenlücke aus, an der Druck keinerlei Empfindung erzeugte. Es lässt sich nach so langer Zeit doch sicherlich von einer völligen Heilung der Epilepsie reden.

H. Buringh Boekhoudt (7) berichtet über ein Hämatom der Dura-mater.

11 Wochen nach einem Falle vom Kutscherbocke traten Kopfschmerzen auf, denen Anfälle von Rindenepilepsie und Monoparese des linken Armes folgten. Die Trepanation förderte nach Spaltung der verdickten Dura theils flüssige, theils theerartig veränderte coagulirte Blutmassen zu Tage. Völlige Heilung.

Von Rindenexcisionen bei Jackson'scher Epilepsie berichten folgende Autoren.

Rushton Parker und Francis Gotch (8) beobachteten einen Knaben von 9 Jahren, der auf die rechte Kopfseite gefallen war und bei dem 3 Wochen später Anfälle von Zittern und Zuckungen in der linken Hand auftraten, die den Arm und dann das Gesicht ergriffen. Bis 30 Anfälle am Tage. Epilepsie mit Aura. Trepanation über der Fissura Rolando. An dieser Stelle erzeugte elektrische Reizung der Rinde Bewegungen des Daumens und des Handgelenkes. Auskratzung des Herdes. 3 Mon. später noch 4—10 Anfälle täglich.

Es waren grosse Stromstärken nöthig, um die erwähnten Contraktionen hervorzurufen.

Als Folgeerscheinung der Auslöffelung zeigte sich: 1) Die Kraft der linken Hand (Handschluss) war geschwunden. Extension des Daumens war nicht möglich; dabei verminderten sich die Anfälle. 2) Mit dem Wiederherstellen der Kraft in Daumen und Hand wuchs die Zahl der Anfälle. 3) Ob Sensibilitätstörungen vorhanden waren, liess sich nicht bestimmen. Die sensorische Aura hatte nachgelassen, stellte sich aber später wieder ein.

Leon. Bidwell und E. S. Sharington (9) berichten über einen 15jähr. Knaben, der an heftigen epileptischen Anfällen (15mal am Tage) mit Aura litt. Besserung trat erst bei einer zweiten Operation auf, als der in Frage kommende Rindentheil elektrisch gereizt und ausgeschnitten wurde. Es war das der Theil der Rinde, der bei elektrischer Reizung Fuss- und Kniebewegungen hervorrief, die denen im epileptischen Anfalle ähnlich waren.

Hale White (10) beobachtete eine 41jähr. Frau, der 2½ J. vorher die linke Brust wegen eines malignen Tumor exstirpirt worden war. Die Krampfanfälle dauerten nur kurze Zeit, waren nicht von Bewusstseinsverlust begleitet und fingen in der rechten Hand, bez. in den Fingern an. Es wurde ein Stück Rinde fortgenommen, das vorn die Fissura Rolandi, hinten die supramarginale Windung zur Grenze hatte. Die Folgen der Operation waren: Lähmung der rechten Gesichtshälfte, der rechten Körperhälfte, der Zunge, Aphasie, Tod.

Bei der Obduktion fanden sich in der linken aufsteigenden parietalen, in der 3. frontalen angularen und in der mittleren aufsteigenden frontalen Windung Neubildungen.

Schliesslich sei noch eines Falles, den R. Walther (11) publicirt hat, hier Erwähnung gethan. Dass nicht früher oder später bei dem Kr. ein chirurgischer Eingriff gemacht worden, muss der mangelhaften Untersuchung intra vitam zugeschoben werden.

Bei einem im Status epilepticus verstorbenen 42jähr. Manne wurde bei der *Sektion* ein 8 mm langer Knochensplitter am Stirnbein gefunden, der die Dura- und Piamater durchbohrt hatte und in die Rinde gedrungen war. Am vorderen Theile des rechten Gyrus frontal. sup. ein bohnengrosses Loch. —

Die grösste Zahl der Arbeiten betrifft die Operation der *Tumoren*.

G. Roseolimo (12) berichtet über eine eigenthümliche Grosshirncyste.

Ein 38jähr. Infanterieofficier klagte 1 Jahr vor der Aufnahme in die Klinik über Gedächtnissschwäche; Fehlen der Worte beim Sprechen und Schreiben, Cyanose der Hände. Hereditäre Belastung. Der Pat. war 2mal auf den Hinterkopf gefallen.

Erster Anfall 1891 im September mit Verlust des Bewusstseins. Im Frühjahr 1892 Schwindel- und Ohnmachtanfälle. Im November 1892 wiederholten sich die Anfälle häufiger: das Gedächtniss nahm sehr ab, die Sprache wurde mühevoll und langsam; Schwäche der linken Glieder, Kopfschmerzen in Stirn und Schläfen, stärker rechts als links. Von Zeit zu Zeit deutliche Muskelzuckungen in den linken Gliedern. Im Januar 1893 war der Pat. nicht mehr im Stande, ohne Unterstützung zu gehen; linke Hand völlig bewegungslos, stark cyanotisch und ödematös, Parese des linken Beines. Sensibilität normal, ebenso der Augenhintergrund. Die Verschlimmerung schritt fort. Am 20. Febr. Bewusstlosigkeit, Erbrechen, eine Reihe von epileptiformen Anfällen, erweiterte Pupillen, Temperatur 40°. Blutegel. Besserung; Parese des Facialis rechts, nach 10 Tagen geschwunden. Leichte Stauungserscheinungen des rechten Augenhintergrundes und leichte Zeichen von Papillitis. 3 Wochen später konnte der Pat. wieder gut gehen, Cyanose und Oedem der Hand waren erheblich vermindert, aber es traten psychische Zwangserscheinungen auf,

Anfang April 1893 neuer Anfall, beginnend mit krampfartigem Zittern beider linken Glieder, Bewusstseinsverlust. Im October 1893 Eintritt in die Klinik: Gemüthstimmung traurig und finster, Sprache schleppend, Verwechselung von Worten. Beim Schreiben wurden häufig Buchstaben und Silben ausgelassen. Die Coordination der Bewegungen im linken Arme war wenig gestört. Klagen über dumpfe Schmerzen in der Stirn und in den Schläfen, hauptsächlich der rechten Seite. Der Schädel ist etwas empfindlich bei starkem Druck auf die rechte Hälfte der Sutura coronaria. Es wurde ein Abscess in dem rechten vorderen Abschnitt der Grosshirnhemisphäre, im frontalen Theile nahe dem Gyr. centr. anter. diagnosticirt. Die von R. beobachteten Krämpfe begannen jedesmal mit Flexion des linken Handgelenkes, breiteten sich auf die Muskelgruppen des Vorderarmes und Oberarmes aus, um schliesslich in allgemeine Convulsionen auszuarten. Nach jedem Anfalle nahm die Schwäche im linken Arme, etwas weniger im linken Beine zu und das Sprachvermögen wurde jedesmal schlechter.

Es wurde beschlossen, das cortikale Centrum im oberen Ende der ersten und zweiten Frontalwindung blosszulegen. Trepanation durch Dr. C. Klein: dicht unterhalb der Rinde stiess man auf eine 4—5 cm lange und von derben Wandungen umkleidete Cyste. Es wurde klare, gelbliche Flüssigkeit aus der Cyste abgelassen. Es trat Besserung des Allgemeinbefindens, Aufhören der epileptischen Krämpfe, völlige Wiederkehr der Kraft in den linken Gliedern, auffällige Besserung von Sprache und Schrift und beinahe völlige Wiederherstellung der Blutcirkulation in der linken Körperhälfte ein, dagegen verblieben amnestische, hypochondrische Erscheinungen und Kopfschmerzen.

In den epikritischen Bemerkungen zu diesem Falle hält R. es für am meisten wahrscheinlich, dass die Entstehung der Cyste einer älteren Hirnblutung zuzuschreiben sein dürfte, wiewohl er zugiebt, dass möglicher Weise die Cyste als Rückbleibsel einer angeborenen Höhle oder als Höhlendivertikel angesehen werden kann. Hinsichtlich der Lokalisation spreche diese Beobachtung dafür, dass beim Menschen das motorische Centrum für die Bewegungen des Handgelenkes der entgegengesetzten Seite an den Berührungspunkten der 2 ersten Frontal- und der vorderen Centralwindung gelegen sei, denn an dieser Stelle kam die Cyste der Rinde am nächsten. Die Abwesenheit von Ausfallserscheinungen cortikalen Charakters erkläre sich durch das Intaktsein der Rinde. Die Schwierigkeit der Erklärung der aphatischen Symptome führt R. dazu, anzunehmen, dass hier ausnahmeweise das Sprachcentrum rechterseits sass (Pat. war Rechtshänder); endlich glaubt er annehmen zu dürfen, dass die vasomotorischen Bahnen in der weissen Substanz in der Nähe der in der Rinde gelegenen motorischen für denselben Bezirk zu suchen seien und dass sie ihren Verlauf mit grösster Wahrscheinlichkeit durch den Nucl. caudat. nehmen.

Einen Tumor cystischer Natur beobachteten ferner Leo Steglitz und G. Gerster (13).

Eine 25jähr. Frau bekam, ohne dass Vorboten vorangegangen waren, im October 1891 plötzlich einen Krampfanfall, der im Daumen und Zeigefinger der rechten Hand begann, auf Unter- und Oberarm, Schulter und Gesicht sich weiter verbreitete, in kurzer Zeit allgemein wurde und mit Bewusstseinsverlust endigte. Die Anfälle wurden immer häufiger und im Februar 1892 trat Parese der rechten Hand auf. Die allgemeinen Convulsionen hörten auf, nur Krämpfe in der rechten Hand und dem rechten Arm stellten sich täglich ein.

Diagnose: Organische Läsion, wahrscheinlich ein Tumor, in der linken vorderen Centralwindung. Operation durch Gerstar, nachdem Sachs das Armcentrum bestimmt hatte. Bei uneröffneter Dura bestimmte Letzterer leicht und sicher mit dem Induktionstrom das Centrum für die Bewegungen von Hand und Fingern. Die Punktion nach eröffneter Dura förderte aus einer Cyste mit harten Wandungen eine gelblich-seröse Flüssigkeit (etwa 1 Unze) zu Tage. Auf Rath von Sachs hin wurde ein kleiner Theil grauer Rinde des freigelegten Centrum entfernt. Allgemeine Convulsionen hatte Pat. nicht mehr, wohl aber traten von Zeit zu Zeit im rechten Arm und in der rechten Gesichtseite kurzdauernde Zuckungen auf. Die Natur des Tumor konnte nicht genauer bestimmt werden, auch die entleerte Flüssigkeit nicht, da sie verloren ging.

Ueber eine grosse Hirngeschwulst ohne Kopfschmerz und mit normalem Augenhintergrunde theilt Pel (14) Folgendes mit:

Bei einer früher immer gesunden 47jähr. Frau entwickelte sich ohne bekannte Veranlassung sehr langsam im Frühjahr 1892 eine Parästhesia der Finger der rechten Hand mit nachfolgender Parese, die bald den Vorderarm ergriff. Erst im Mai 1893, also 1 Jahr später, trat Parese des rechten Beines hinzu, nachdem schon Abschwächung der Intelligenz und des Gedächtnisses, Schwerfälligkeit im Denken und Aenderung der Gemüthsstimmung bemerkt worden waren. Am 10. Mai 1893 der erste epileptiforme Anfall, wonach eine Sprachstörung folgte und blieb. Später typische epileptiforme Anfälle mit zunehmender Abschwächung des Gedächtnisses und der Intelligenz. Dabei auch bei wiederholter Untersuchung normaler Augenhintergrund und kein Kopfschmerz, kein Schwindel, keine Nausea, kein Erbrechen. Nur in den letzten Tagen wurde auf Anfrage ab und zu über Kopfschmerz geklagt. Obwohl nun sehr wichtige Kriterien für einen Tumor cerebri fehlten, wurde doch per exclusionem ein solcher in der linken Rinde vermuthet, und zwar in der sogenannten psychomotorischen Zone, in den linken Centralwindungen. Da alle Heilmittel fehlschlugen, wurde von Prof. Kortweg die Trepanation gemacht, und zwar an der Stelle des Armcentrum auf der linken Schädelhälfte. Nach Spaltung der Dura zeigte sich eine grosse kastanienförmige Geschwulst, die sehr leicht enucleirt werden konnte, da sie scharf abgegrenzt und die Gehirnsubstanz gar nicht in die Geschwulstmasse aufgegangen war. Sie hatte einen Umfang von 16—17 cm, die Form einer grossen Kastanie, eine Länge von $5^1/_2$ und Breite von $4^1/_2$ und Dicke von $2^1/_2$ cm. Es handelte sich um ein gutartiges, weiches, von grossen Lymphräumen durchsetztes Fibrom.

Da die Geschwulst die Hirnmasse verdrängt hatte, so hätte man Drucksymptome erwarten sollen; vielleicht aber haben die Lymphräume innerhalb der Geschwulst viel zur Ausgleichung vermehrter Blutzufuhr beigetragen. Temporäre Blutanhäufung in dem Geschwulstgewebe dürfte die erst sehr spät aufgetretenen epileptiformen Anfälle ausgelöst haben. Das Fehlen jeglicher Sensibilitätstörung bei Erhaltensein des Muskelsinnes glaubt P. auf das Intaktsein des Parietallappens zurückführen zu müssen, da vielleicht dort die Centralstelle für die Sensibilität und den Muskelsinn gelegen sei.

Einen im Parietallappen sitzenden Tumor beschreibt Audeoud (15).

Bei einem 40jähr. Manne traten epileptiforme Anfälle auf, die mit einer vom linken Fusse aufsteigenden Aura begannen, sich später verallgemeinerten, einige Male auch mit Bewusstseinsverlust verbunden waren. Das cortikale Centrum des linken Fusses, d. i. der rechte Paracentrallappen, wurde als Sitz einer muthmaasslichen Geschwulst angesprochen. Da keine innere Therapie den Kopfschmerz, Schwindel und die Krämpfe beeinflussen konnte, wurde zur Trepanation (Prof. Jaillard) geschritten. Man ging etwas unterhalb der Stelle des Lob. paracentr. dextr. ein, um den Sinus longitudinalis nicht zu treffen, fand aber an der Trepanationöffnung nichts. ½ Jahr später starb der Kranke an tuberkulöser Meningitis, nachdem Hämoptöe, Aphasie, Lähmung des linken Beines voraufgegangen waren. Der innere und obere Theil des Lobul. paracentr. dextr. war von einer gelblichen Geschwulst, einem Tuberkel von Nussgrösse, eingenommen.

Ueber die mechanischen Folgen eines Hirntumor verbreitet sich Sommer (16) in ausführlicher Weise.

Bei dem 42jähr. Oberbauführer W. aus R. ergab die Anamnese, dass er seit ¾ Jahren öfter heftige Kopfschmerzen hatte, dass vor ½ Jahre eine Ohnmacht eingetreten war, woran sich für einen halben Tag eine grosse Schwäche des rechten Armes angeschlossen hatte. Die Untersuchung ergab: Struma rechterseits, am linken Arme und linken Beine eine Menge kleiner Lipome, heftige Kopfschmerzen über den ganzen Kopf vertheilt. Keine Hemianopsie, aber deutliche Stauungspapille. Sehschärfe ¾. Paraphatische Symptome beim Nachsprechen und Störungen in der Wortfindung für vorgezeigte Gegenstände. Da völlige Intaktheit aller motorischen Funktionen, auch in Beziehung auf die feineren Coordinationbewegungen, ferner völlige Intaktheit aller rein optischen und optisch-motorischen Funktionen vorlag, aber sehr starke „sensorische“ Sprachstörung bei völligem Erhaltensein der motorischen Sprachfunktion vorhanden war, wurde der supponirte Tumor am hinteren oberen Ende des Gyr. temp. I. und II. lokalisirt. Mit der Annahme des vorwiegenden Ergriffenseins der linken Inselgegend stimmte die anamnestische Angabe überein, dass der Kr. eine vorübergehende Parese des rechten Armes gehabt hatte, und dass er noch eine minimale Parese des rechten unteren Facialis aufwies. Operation (Rosenberger in Würzburg) an jener Stelle. Beim Eingehen durch die innere Knochenschicht fand sich nach Durchschneiden und Abschälen der mit der Unterlage verwachsenen Dura eine blaurothe, schwammige Geschwulst. Es wurde eine im Ganzen faustgrosse Geschwulstmasse in einzelnen Theilen entfernt, die sich bei der mikroskopischen Untersuchung als Endotheliom der Dura-mater erwies. Am Schluss der Operation totale Hemiplegie rechts, die sich an demselben Tage noch bedeutend besserte, am 2. Tage nach der Operation jedoch wieder stärker hervortrat. Unerwarteter Tod am 3. Tage.

Sorgfältige Untersuchung des Sitzes der Geschwulst führte S. zunächst zu der Frage, ob und wie weit der sogenannte Windungstypus, den man gemeinhin als auf angeborenen Zuständen beruhend erachtet, im individuellen Leben, z. B. durch Hirntumoren, verändert werden kann. In diesem Falle ist es am bemerkenswerthesten, dass der Gyr. cent. poster., der direkt über der Gegend des Tumor lag, zwei ganz abnorme Querfurchen zeigte. Da aber ferner der am dritten Tage eingetretene Tod cerebraler Natur war, so kann er nach S.'s Meinung nur beruhen auf den mechanischen und indirekt vielleicht chemischen Folgen der plötzlichen Entfernung einer langsam entstandenen comprimirenden Masse. Es wäre daher die Frage aufzuwerfen, ob man in ähnlichen Fällen nicht zuerst einen Theil des Tumor entfernen sollte und einige Tage später den anderen. Diese zweizeitige Operation würde, so meint S., für die moderne chirurgische Technik keinerlei Schwierigkeiten bieten.

Eine zweizeitige Operation empfiehlt, um die Gefahren des Shock u. s. w. zu vermeiden, auch Horsley (17), indem er vorschlägt, die Schädelöffnung und die Tumorenexstirpation nicht in einer Sitzung vorzunehmen, sondern letztere der ersteren nach einigen Tagen folgen zu lassen. Ihm schliessen sich Macewen und Harrison an. Horsley räth wiederholt mit Nachdruck, sich nicht zu lange bei der medikamentösen Behandlung der Hirntumoren aufzuhalten, damit bei ihrem häufig schnellen Wachsthum man nicht schliesslich einen inoperablen Tumor statt eines anfänglich noch operablen vor sich habe. Ausser bei syphilitischen und bisweilen auch bei tuberkulösen Neubildungen, die unter antiluetischer und antiscrofulöser Behandlung eine wesentliche Besserung zeigten, hält er 6 Wochen für hinreichend zur medikamentösen Therapie. Wenn aber auch von vornherein eine Radikalheilung als unmöglich erscheint, hält H. die Eröffnung der Schädelhöhle dennoch für angezeigt, um Kopfschmerzen, Erbrechen und Stauungpapille zu beeinflussen. Einige Beispiele, die er aus seiner Praxis anführt, haben ihn zu der Ueberzeugung gebracht, dass auch inoperable Tumoren durch Eröffnung der Schädelhöhle derart in ihrer Ernährung gestört werden, dass sie regressive, bez. degenerative Veränderungen eingehen.

Die Schwierigkeiten der Unterscheidung zwischen cortikalen und subcortikalen Tumoren erörtert O. Vierordt (18).

Bei einem 21jähr. Optiker begannen dissociirte Krämpfe zuerst im linken Beine, dann auch im linken Arme, eine leichte spastische Parese schloss sich an. Die Krampfanfälle griffen bald auch auf die rechte Körperhälfte über, indem Bewusstseinsverlust hinzutrat. Keine Stauungpapille, Schädel unempfindlich. Nach 1½ Jahren auf Anrathen Edinger's, der einen Herd in der Rinde vermuthete, Operation, und zwar in der Gegend der Grenze zwischen den Centren des Armes und des Beines. Die in Frankfurt a. M. ausgeführte Trepanation war erfolglos, die Gehirnoberfläche wurde normal befunden. Die Anfälle nahmen zu, ebenso die Hemiparese, leichter Stupor stellte sich ein und endlich auch Stauungpapille, so dass Czerny zur zweiten Operation 2½ Jahre später schritt. Es wurde ein sehr grosser subcortikaler Tuberkel vollständig oder bis auf einen ganz geringen Rest entfernt. Es trat erhebliche, andauernde Besserung, dauerndes Schwinden des Stupor und der Stauungpapille, völlig normales geistiges Befinden ein; einzelne Anfälle zeigten sich freilich immer noch seit der Operation, die bis zur Veröffentlichung, 1½ Jahr später, noch andauerten.

Beachtenswerth hinsichtlich der Differentialdiagnose zwischen cortikalen und subcortikalen Tumoren ist es mit Rücksicht auf diesen Fall, dass der Tumor, der wegen der dissociirten Krämpfe in der Rinde oder nahe dabei zu suchen war, allmählich zur Hemiparese führte, ohne gleichzeitig

stärkere Erscheinungen von allgemeinem Hirndruck zu verursachen. Er musste daher an einer Stelle liegen, die, nicht fern von der Rinde, doch die Bahnen für die gegenüberliegende Körperhälfte näher zusammengerückt enthielt, also im Marklager der Hemisphäre. Demgegenüber muss allerdings betont worden, dass Stauungpapille und Stupor auch bei langsam wachsenden Tumoren der Rinde ausbleiben können. Sichere differentielle Merkmale kennen wir eben bis jetzt noch nicht.

Bruns in Hannover (19) theilte in der 27. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens zunächst 3 (von Kredel ausgeführte) Operationen bei Hirntumor mit.

1) Frau von 31 Jahren. Allgemeine Tumorsymptome: Erbrechen, Kopfschmerzen, beträchtliche Stauungpapille. Lokalsymptome: subcortikale Alexie (Wernicke) [siehe den Fall unter *Aphasie. Ref.*]. Operation nach Wagner. An der Convexität und an der Innenseite des linken Occipitallappens, sowie an den angrenzenden Theilen des Scheitel-Schläfenlappens wurde kein Tumor gefunden. Andauernd starker Abfluss von Cerebrospinalflüssigkeit. Rückgang aller Allgemeinsymptome, dann Verschlimmerung, schliesslich Worthlindheit und Tod. Sektion siehe oben.

Aus dem Zurückgehen der Stauungpapille schliesst Br. auf die Richtigkeit der von Schmidt-Rimpler, Manz u. A. aufgestellten Theorie ihrer Entstehung durch Oedem der Papille, bez. Imbibition von Cerebrospinalflüssigkeit, und verwirft die von Leber und Deutschmann aufgestellte Hypothese, die die Stauungpapille als eine Neuritis, bedingt durch die Stoffwechselprodukte des Tumor, angesehen wissen will.

2) Frau am Ende der 30er Jahre. Früher ab und zu epileptische Anfälle, die in den letzten Jahren seltener geworden und durch heftige Migräneanfälle ersetzt worden waren. Stauungpapille, rasche Zunahme des Kopfschmerzes, bulbäre Symptome liessen einen Tumor diagnosticiren. Keine Lokalsymptome. Trepanation links über dem Scheitellappen. Starker Hirnprolaps. Es trat Erblindung ein, dann Paraphasie ohne Worttaubheit. Lesefähigkeit erhalten, Schreiben schwer gestört, keine Hemianopsie. Abgang von Hirnflüssigkeit. Tod an Schluckpneumonie. Grosser Tumor (Sarkom) im rechten Stirnhirn, der nach der Basis zu gewachsen war und auf das Chiasma direkt drückte.

3) Frau von etwa 50 Jahren. Neben den stärksten allgemeinen Tumorerscheinungen: Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungpapille, bestanden folgende Lokalsymptome: 1) Aphasie, wie sie in Fall 2 durch die Operation erzeugt war, 2) vorübergehende Schmerzen und leichte Schwäche der ganzen rechten Seite, 3) grosse umschriebene Schmerzhaftigkeit beim Beklopfen des Schädels über den hinteren Theilen des rechten Schläfenlappens. Diagnose: Tumor in der hinteren Abtheilung des rechten Schläfenlappens, wahrscheinlich in der 2. Schläfenwindung. Trepanation nach Wagner an dieser Stelle. Tumor mit dem oberen Rande gerade in der Trepanationöffnung, deren unterer Rand ca. 2 cm von der Sylvischen Grube entfernt lag, nach hinten den Schläfenlappen nicht überschreitend. Mit scharfem Löffel wurde so viel wie möglich entfernt. Sarkom mit starken Verkäsungen. Der Hirndruck wurde herabgesetzt, die Stauungpapille ging zurück, die Kopfschmerzen verloren sich, die Aphasie jedoch blieb. Allmähliche Verschlimmerung, Tod. Der grosse Tumor, der seit der Operation noch sehr gewachsen war, reichte nach oben über die Höhe der Fossa Sylvii, nahm den grössten, besonders den hinteren Theil der Basis des linken Schläfenlappens ein; die Hirnrinde darunter war erweicht, der Tumor nicht mit dem Hirn verwachsen.

Aus der statistischen Uebersicht über die von Br. selbst beobachteten Hirntumoren mit besonderer Berücksichtigung der Operationsfrage sei hier angeführt: Unter 2200 Nerven- oder Geisteskranken hat Br. 32mal die Diagnose Hirntumor gestellt, also in etwa $1^{1}/_{2}$%, davon sind 16 zur Sektion gekommen: falsche Diagnose 1mal, Tumor ohne Lokaldiagnose 4mal, richtige Lokaldiagnose 11mal.

Betrachtet man nun die 16 Fälle mit Sektion, bez. Operation, so wurde in 68.75% von diesen eine richtige Lokaldiagnose gestellt, mithin würde der erste Faktor für eine definitive operative Beseitigung zu erreichen sein. Hinsichtlich der Art freilich, der Abgrenzung, der Multiplicität der Tumoren fehlen alle Anhaltspunkte. Schliesslich ist es oft nicht möglich, zu sagen, ob der Tumor im Marke oder in der Rinde eines Lappens sitzt.

Im Ganzen ergiebt die Betrachtung, dass von den 32 Fällen Br.'s höchstens in 3, mit ganz vollem Heilerfolge wohl nur in einem (Hämatom der Dura) zu operiren gewesen wäre. Oppenheim hat, wie früher schon mitgetheilt worden ist, von 23 Kr. nur einen für operirbar gehalten und Hale White kommt zu noch schlechteren Ergebnissen.

Trotzdem muss man die Frage der Operationberechtigung der Tumoren im Allgemeinen bejahen. Da dieses Leiden sonst mit Sicherheit zu einem qualvollen Tode führt, ist selbst „ein voller Erfolg unter 100 Fällen immer noch ein sehr grosser Erfolg". Dann aber auch ist die Erleichterung, die selbst nach unvollständiger Entfernung eintritt, freilich nur die Allgemeinsymptome betrifft, für die Kranken schon ein grosser Gewinn.

Byrom Bramwell (20) hat im Ganzen 82 Fälle von intracraniellen Tumoren beobachtet, die er tabellarisch ordnet. In 19 fehlte der Anhalt für eine Lokalisation. In 32 war in Folge der Lage oder Grösse der Geschwulst eine Operation contraindicirt; bei 20 meist syphilitischen Kranken trat Besserung in Folge medikamentöser Behandlung ein; in einem Falle zeigten sich multiple Geschwülste; bei 5 Kr. war der Tumor malignen Charakters und somit war in 77 Fällen ein operativer Eingriff nicht angezeigt. Von den 5 noch verbleibenden wäre der Erfolg in zweien zweifelhaft gewesen und nur in 3 Fällen hätte man mit einiger Aussicht auf Erfolg operiren können.

Hinsichtlich der *syphilitischen Tumoren* hat Br. in den letzten Jahren seine Ansicht geändert. Er hat mehr und mehr den Eindruck gewonnen, dass bisweilen die medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, dass der durch Quecksilber und Jod nicht zum Verschwinden gebrachte Tumor ein „reizendes Moment" abgiebt und die Ursache chronischer Epilepsie und schliesslich der Demenz

wird. Um diesen Ausgang zu verhüten, schlägt Br. die Operation derartiger Tumoren der Rinde vor.

Auch Winckler (21) ist der Ansicht, mit den Gefahren, die bisweilen von Seiten der syphilitischen Tumoren drohen, nicht zögernd zu spielen; man läuft sonst Gefahr, bei zu langem Abwarten und Wägen, nachdem die Natur und Lokalisation des Tumor erkannt ist, ähnliche Erfahrung zu machen, wie er selbst, der einen später als leicht operirbar sich erweisenden Kr. zu lange mit antiluetischen Mitteln behandelte und durch den Tod überrascht wurde.

Es fanden sich nämlich bei dem 42jähr. Kr., der in einem epileptischen Anfalle gestorben war, 2 Gummigeschwülste; die eine, auf dem untersten Theile des Gyrus centralis anterior so locker aufsitzend, dass sie bei der *Sektion* aus dem Gehirne herausfiel, war hart, die andere in der 2. und 3. Frontalwindung etwas erweicht.

Hinsichtlich der Operirbarkeit anderer Tumoren kommt W. zu Folge seiner mitgetheilten Fälle zu dem Resultate, dass man Gliome und Gliosarkome niemals operiren solle und dass Cysten die beste Aussicht auf Erfolg geben, was ja auch allgemein anerkannt ist.

Zum Schlusse geben wir eine neue Methode der craniocentralen Topographie von John Chiene (22) wieder, die uns als ganz brauchbar erscheint. Man bestimmt folgende 5 Punkte: 1) den Halbirungspunkt der Verbindungslinie von Glabella G und Protuberantia occipitalis O = M; 2) den Halbirungspunkt von M und O = T; 3) den Halbirungspunkt von T und O = S; 4) den Processus angularis extern. = E; 5) den Processus zygomaticus des Schläfenbeins = P. Man verbinde jetzt EP, PS und ET. Halbire EP und PS zu N und R. Die Schnittpunkte von MN mit ET und von MR mit ET werden mit A und B bezeichnet. Halbire AB zu dem Punkte C, ziehe CD parallel zu AM. Das Fünfeck ACBRPN entspricht dem Temporo-Sphenoidallappen. MDCA entspricht den beiden Centralwindungen. Der Lateralsinus berührt in dem am höchsten gelegenen Punkte R die Linie PS. MA stellt den Präcentralsulcus dar, das Dreieck HBC die Supramarginalwindung, B den Gyr. angularis. Wenn man sich auf einen Schädel die Linien aufzeichnet, wird man sich leicht orientiren können.

Klinische und anatomische Beiträge zur Pathologie des Gehirns; von Prof. Dr. Salomon Eberhard Henschen in Upsala. III. Theil, 2. Hälfte. Upsala 1896. Almqvist u. Wiksell's Buchdr. A.-G. Leipzig. Comm.-Verl. von K. F. Koehler. Fol. S. 115—245 mit 13 Tafeln, eingedr. Holzschn. u. Perimeterkarten.

Der 3. Theil des grossen Werkes von Henschen über die Pathologie des Gehirns findet in dieser sich unmittelbar an die vorhergehende anschliessenden Abtheilung seinen Abschluss. Wie bei den früher erschienenen Theilen, ist H. auch in diesem Theile bestreht gewesen, „die klinischen Beobachtungen eingehend darzulegen, überall, wo es angemessen erschien, den Sektionen ausführliche mikroskopische Untersuchungen beizufügen, alles Thatsächliche in den Vordergrund zu stellen und es gewissenhaft von dem Hypothetischen zu trennen, das Aufstellen verfrühter Theorien zu vermeiden und endlich durch zahlreiche naturgetreue Abbildungen und ausführliche Beschreibungen den Forscher in den Stand zu setzen, von einem unabhängigen Standpunkte aus die Schlüsse zu kritisiren“.

Die 1. Hälfte dieses III. Theiles enthielt neue Fälle, die Lehre von der Sehbahn und dem Sehcentrum betreffend, eine Abhandlung über die hemiopische Pupillenreaktion, von der sich der Schluss in diesem Heft befindet, das ausserdem 2 Fälle von Hemianopsie durch Geschwülste im unteren Parietallappen, Untersuchungen über die Beziehungen der Sehfasern zu den Centralganglien, Beiträge zur Exstirpation der Hirntumoren und Untersuchungen über die Veränderungen der Sehbahn bei congenitaler Augenatrophie enthält.

Die mitgetheilten Fälle zeichnen sich sämmtlich durch grosse Genauigkeit der Beobachtung, Ausführlichkeit der Darstellung und Gründlichkeit der daran geknüpften diagnostischen und epikritischen Betrachtungen aus; 3 von den Krankengeschichten sind H. von Dr. H. Wilbrand in Hamburg mitgetheilt und die dazu gehörigen Gehirne zur Untersuchung übersendet worden. Ausser dem Schluss eines aus dem 1. Theil des III. Bandes fortgesetzten Falles enthält dieser Theil 15 Fälle. Auf diese Fälle einzugehen, ist natürlich unmöglich, sie müssen im Originale eingesehen werden, nur einzelne, namentlich auf die Lokalisation sich beziehende Punkte sei hier gestattet, flüchtig zu berühren.

Im 1. der beiden Fälle von Hemianopsie durch Geschwülste im unteren Parietallappen bestanden bei Hemianopsie auf der linken Seite, auf der rechten Seite Gesichtshallucinationen in Folge von Blutungen im linken Occipitallappen an der Margo falcata und an der Fissura occipito-parietalis. Bei der Analyse der Symptome geht H. genauer auf diese Hallucinationen ein und kommt unter Berücksigung der von ihm in anderen Fällen gemachten Beobachtungen zu dem Schlusse, dass einseitige Hallucinationen im blinden Felde bei Hemianopsie, wenn auch nicht ein untrügliches, so doch ein sehr wichtiges Zeichen einer Läsion des Occipitallappens der entgegengesetzten Seite oder seiner Umgebung sind. Auch der Umstand, dass in diesem Falle eine sehr begrenzte Läsion vorlag, die die Fissura calcarina gar nicht berührte, ist von Interesse in Bezug auf die früher (Theil I. p. 151 flg.) von H. aufgestellte Ansicht, dass die Gesichts-

hallucinationen nicht im Sehcentrum (im engeren Sinne) gebildet werden, sondern ausserhalb des Gebietes der Fissura calcarina, und gewöhnlich in Folge von Processen, die die laterale Fläche des Occipitallappens oder seiner nächsten Umgebung reizen. Auch im 2. Falle waren die Hallucinationen auf der rechten Seite nicht mit Blindheit der gleichen Seite verbunden.

Die Untersuchung über die Beziehungen der Sehfasern zu den Centralganglien stützt sich auf 7 Fälle, von denen 3 H. von Dr. Wilbrand mitgetheilt sind. Es ging aus diesen Fällen hervor, dass das Pulvinar, der Thalamus und die Capsula interna keine Sehfasern enthalten, wofür der eine der mitgetheilten Fälle entschiedene Beweiskraft besitzt, während auch andere Fälle in dieser Hinsicht lehrreich sind. Stellt man alle diese exakten Beobachtungen zusammen, in denen sowohl während des Lebens Perimeterkarten aufgenommen wurden, als auch nach dem Tode genaue mikroskopische Untersuchungen vorgenommen worden sind, so lässt sich mit voller Berechtigung schliessen, dass im Pulvinar und in der Capsula interna keine solchen Sehfasern enthalten sind, durch deren Zerstörung Skotome im Gesichtsfelde entstehen.

Es ergiebt sich ferner aus einem Falle deutlich, dass den vielen in das Pulvinar und den Colliculus anterior verlaufenden Tractusfasern andere Funktionen zuerkannt werden müssen, und es erleidet wohl keinen Zweifel, dass diese als Reflex vermittelnde Fasern betrachtet werden müssen.

Das hauptsächlichste subcortikale Sehganglion, das die Sehfasern aufnimmt, ist der äussere Kniehöcker; dieses Ganglion enthält nicht nur die Maculafasern, sondern auch die peripherischen. Auch ist von v. Leonowa nachgewiesen worden, dass sowohl grobe, wie feine Fasern sich in dem Ganglion verzweigen. Da dieses 2 Arten von Zellen, grosse und kleine, enthält, liegt es nahe, anzunehmen, dass diese beiden Arten in einem gewissen Zusammenhange mit dem macularen und dem peripherischen Sehen stehen, wenn auch zur Zeit noch kein Beweis für diese Hypothese vorliegt. Ausserdem ist es wahrscheinlich, dass das Ganglion durch zahlreiche, in verschiedener Richtung verlaufende Fasern mit nahe und fern liegenden Theilen in Verbindung steht; H. hatte mehrfach Gelegenheit, zu beobachten, dass dicke Bündel den Kniehöcker mit der Capsula interna in Verbindung setzen; auch andere Verbindungen sind sehr wahrscheinlich. Der Kniehöcker ist also sicher ein wichtiger Knotenpunkt, der Reflexe vermittelt.

Auch hinsichtlich der Organisation des Kniehöckers erlauben die Beobachtungen H.'s einige wichtige Schlüsse. Es zeigte sich, dass die Fasern der dorsalen Retinahälften im Tractus dorsal liegen und dass der dorsale Abschnitt des äusseren Kniehöckers die dorsale Hälfte der beiden Retinae innervirt. Die bis dahin im Tractus getrennten Bündel für die beiden Augen mischen hier ihre Fasern in einander. Es ergab sich ausserdem die wichtige Thatsache, dass im Kniehöcker eine constante Lokalisation stattfindet und dass der dorsale und der ventrale Abschnitt einander nicht vertreten können.

Von Hirngeschwülsten, bei denen die Operation ausgeführt wurde, theilt H. 4 Fälle mit, von denen in 2 die Exstirpation ausgeführt, in 2 die Geschwulst bei der Operation nicht gefunden wurde.

Im 1. Falle hatte, wie sich bei der Sektion fand, eine grosse Geschwulstmasse (Spindelzellensarkom) die rechten Centrallappen an der Mittellinie und den Parietallappen zerstört und das hintere Ende der linken hinteren Centralwindung comprimirt. Ausserdem fand sich eine alte kleine Cyste im linken Occipitallappen und eine Narbe in der Pia. Schon zeitig waren Schwindelanfälle aufgetreten, später Jackson'sche Epilepsie im rechten Beine, seltener im Arme; Gesichtshallucinationen rechts, Geruchs- und Gehörshallucinationen, sowie scharf lokalisirte Schmerzen und andere Parästhesien leiteten die Anfälle ein. Später trat Lähmung und Anästhesie der linken Seite auf. Man nahm eine Geschwulst an der hinteren und oberen Spitze der Centralwindungen der rechten Seite an, besonders in der hinteren Centralwindung, in der Nähe der Margo falcata. Die Geschwulst wurde mit dem scharfen Löffel entfernt, aber Blutung und drohender Collaps hinderten die völlige Ausräumung. Die Pat., der durch die Operation das Sehvermögen gerettet wurde, befand sich nach der Operation besser und starb, nachdem sich ein langsam zunehmendes Recidiv eingestellt hatte, 3 Jahre später in Folge von Knickung der Medulla oblongata.

Im 2. Falle, in dem die Krankheit durch Schwäche und Parästhesien im rechten Beine eingeleitet wurde, und schliesslich Schwirren und Zuckungen in der rechten Körperhälfte in Form der Jackson'schen Epilepsie in gehäuften Anfällen mit Verlust des Bewusstseins auftraten, wurde ein kleines Gliom im oberen Drittel der linken hinteren Centralwindung exstirpirt, aber nicht vollständig. Nach der Operation stellte sich vorübergehende Besserung ein, bald aber machte das Leiden neue Fortschritte und der Kr. starb 8 Mon. nach der Operation an Pneumonie. Bei der Operation wurden vom Trepanloche aus Reizversuche an der Hirnrinde vorgenommen.

Im 3. Falle handelte es sich um eine syphilitische Geschwulst in der rechten 1. Frontalwindung am Uebergange zwischen der lateralen und der orbitalen Fläche in der Margo falcata und eine Geschwulst am Chiasma. Das Sehvermögen hatte abgenommen, besonders auf dem linken Auge und das Gehör war links schlechter geworden. Epileptiforme Convulsionen brachen aus. Die Anamnese war mangelhaft und von der Kr. selbst war nichts zu erfahren. Die Trepanation wurde bei schon drohendem Tode ausgeführt, die in den Centralwindungen gesuchte Geschwulst aber nicht gefunden. Die Geschwulst hatte die Dura mit der Rindenfläche zusammengelöthet, wie sich bei der Sektion ergab, die Convulsionen waren durch Fortsetzung eines Reizes auf die Centralwindungen entstanden. Die Kr. starb am Tage nach der Operation an Erschöpfung, nachdem die Convulsionen nach der Operation milder geworden waren. Auch in diesem Falle wurden elektrische Reizungsversuche der Hirnrinde von dem Trepanloche aus vorgenommen.

Im 4. Falle, in dem intensiver, stets zunehmender Kopfschmerz und Erbrechen die Krankheit einleiteten, Schwindel und Ataxie immer nach links, Ameisenkriechen im rechten Oberschenkel auftraten und Stauungspapille und Blindheit sich entwickelten, wurde eine Geschwulst im Kleinhirn vermuthet. Auf Drängen der Angehörigen der Kr. wurde die Palliativtrepanation und Abrasion der Rinde des rechten oberen Parietallappens ausgeführt, worauf subjektive Besserung eintrat. Nach 3 Mon. verschlimmerte sich der Zustand wieder und

5 Mon. nach der Operation starb die Kr.; kurz vor dem Tode kam das Sehvermögen zurück. Die Sektion wurde nicht gemacht.

Von grossem Interesse ist der den Schluss bildende Fall von mehrfachen Missbildungen mit angeborener Atrophie beider Augäpfel. Im äusseren Kniehöcker bestand eine wesentliche Atrophie oder mangelhafte Entwickelung, sowie ein Schwund besonders der grossen Zellen; auch im Colliculus anterior war eine mangelhafte Entwickelung aller Arten von Zellen vorhanden. In der Rinde der Fissura calcarina bestanden ausgesprochene Veränderungen in allen Schichten; die Zellen in allen Schichten waren atrophisch oder auf einer niedrigen Entwickelungsstufe stehen geblieben, besonders fehlten die charakteristischen Zellen der molekularen Schicht und die 6. Schicht fehlte als besondere Schicht, wenn sie nicht mit der 4. verschmolzen war. —

In den bisher erschienen 3 Theilen der Pathologie des Gehirns sind Probleme, die den Gesichtssinn betreffen, vorzugsweise behandelt worden, möge es H. vergönnt sein, auch die Funktionen und die Lokalisation der übrigen Sinne noch zu behandeln. Walter Berger (Leipzig).

C. Bücheranzeigen.

15. **Anleitungen zu den Präparirübungen an der menschlichen Leiche**; von Georg Ruge. 2. Auflage. Leipzig 1896. Wilhelm Engelmann. Gr. 8. 313 S. mit 51 Abbildungen. (6 Mk.)

Nach dem Erscheinen der ersten Ausgabe dieses Werkes hatte R. Gelegenheit, durch Berufung an eine andere anatomische Lehranstalt zu prüfen, ob die von ihm gegebenen und den örtlichen Verhältnissen seiner früheren Arbeitsstätte angepassten Anleitungen auch unter veränderten räumlichen Bedingungen und anderen Schüler- und Materialverhältnissen sich bewähren würden. Der Umstand, dass er bei Bearbeitung der vorliegenden zweiten Auflage keine Veranlassung zu wesentlichen Aenderungen gefunden, sondern nur stellenweise aus theils formalen, theils sachlichen Gründen Verbesserungen angebracht hat, spricht am besten für die allgemeine Brauchbarkeit seiner Präparirregeln. Bestimmt, dem Studirenden nicht etwa die unmittelbare Anleitung durch das Wort seines Lehrers entbehrlich zu machen, sondern Selbständigkeit des Handelns und Verständniss seiner Handlungen beim Präpariren beizubringen, werden die „Anleitungen“ auch für den dem Secirsaal bereits entwachsenen und an specielle Aufgaben herantretenden Arbeiter, auch dem selbständigen Forscher auf seinem Sondergebiet von Nutzen sein. Da die Darstellung sich streng vom Descriptiven fernhält, kann sie im Allgemeinen der Erläuterung durch Abbildungen entrathen; nur wo es sich um complicirtere Schnittführungen oder Organe handelt, wie beim Gehirn, ist die Illustration in grösserem Umfange herangezogen. Die Ausstattung des Buches ist vortrefflich.

Teichmann (Berlin).

16. **Anatomie des Frosches.** 1. Abth.: *Lehre vom Skelet und vom Muskelsystem;* von E. Gaupp. 3. Auflage. Braunschweig 1896. Fr. Vieweg u. Sohn. Gr. 8. XIII u. 229 S. (12 Mk.)

Es handelt sich um eine Neubearbeitung der „Anatomie des Frosches“ von A. Ecker und R. Wiedersheim, die aber, wenigstens im vorliegenden Theile, eine so durchgreifende ist, dass man mit Fug von einem neuen Werke sprechen kann. G., der schon wiederholt der Anatomie und Physiologie des Frosches Arbeiten gewidmet hat, hat hier an der Hand eingehender eigener Untersuchungen und unter Benutzung des reichen literarischen Materiales eine descriptive Anatomie des einheimischen Frosches geschaffen, die, abgesehen von ihrem modernen Standpunkte, auch durch die monographische Art der Bearbeitung eines einzelnen Organismus vorbildlich zu werden bestimmt ist. Ein besonderer Vorzug der Darstellung, der die praktische Brauchbarkeit des Buches wesentlich erhöht, ist die Betonung der *funktionellen* Bedeutung der Theile neben ihrer morphologischen Schilderung. Diese konnte natürlich entsprechend der ganzen Anlage des Werkes nur in Form kurzer Bemerkungen erfolgen, wird aber doch dazu beitragen, dass das „unglückselige Hausthier“ der Anatomen, Histologen und Physiologen wenigstens vor ganz unzweckmässigen und überflüssigen Verstümmelungen Seitens der angehenden Forscher mehr bewahrt wird als bisher. Das Werk wird in seiner neuen Bearbeitung jedem auf diesen Gebieten praktisch Arbeitenden unentbehrlich werden.

Teichmann (Berlin).

17. **Centralblatt für Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte,** herausgegeben von Dr. phil. et med. G. Buschan. I. Band. Breslau 1896. J. U. Kern's Verlag. Gr. 8. 384 S.

Diese Vierteljahrschrift hat es sich zur Aufgabe gestellt, über die ausserordentlich zahlreichen

Arbeiten auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Anthropologie, Ethnologie und Urgeschichte, die zum guten Theil in nicht fachschriftlichen Zeitschriften erscheinen, einen Gesammtüberblick zu geben. Das Centralblatt erhält dadurch einen internationalen Charakter, dass seine Berichterstattung sich nicht allein auf die in deutscher Sprache erschienene Literatur beschränkt, sondern diejenige aller Culturvölker in ihren Bereich zieht. Jede Nummer soll eine kurze Originalarbeit von allgemeinem Interesse, ausserdem Personalien, kurze Berichte über wissenschaftlich-anthropologische Versammlungen des In- und Auslandes, wie überhaupt Beiträge zur Tagesgeschichte bringen.

Unter der Rubrik *Anthropologie* sollen die Stellung des Menschen in der Natur, Transformismus, Ursprung des Menschen, Vererbung, Deformation, Anomalien am Skelet, Mess- und andere Untersuchungsmethoden, Theorien der Kraniometrie, Degenerationanthropologie u. s. w., unter der Rubrik *Ethnologie* die Völkerkunde im Allgemeinen, Rassenkunde, Völker-Physiologie, -Psychologie u. -Pathologie im Besonderen, unter der Rubrik *Urgeschichte* die prähistorische Forschung (auch Zoologie und Botanik), vorgeschichtliche Alterthümer, Eintheilung der Vorzeit und die Paläo-Ethnologie behandelt werden.

Man sieht ein reiches Programm. Ebenso reich ist die Zahl derjenigen, die ihre Mitarbeiterschaft an dem jungen Unternehmen zugesagt haben, und lauter Namen von gutem Klang, eine Bürgschaft für eine hoffentlich recht fruchtbare Einwirkung und gedeihliche Entwickelung des Centralblattes.

Was den vorliegenden ersten Jahrgang betrifft, so mag schon aus den vier Originalarbeiten: 1) der Ursprung und die Verbreitung des mittelländischen Stammes von Prof. Sergi in Rom, 2) die Nekropole von Novitara bei Pesaro und ihre Stellung in der Vorgeschichte Italiens von Dr. Orsi in Syrakus, 3) über einige charakteristische Unterschiede zwischen Menschen- und Thierschädel von Prof. Török in Budapest und 4) über die Körperlänge der schwedischen Wehrpflichtigen von Hultkrantz in Stockholm die Reichhaltigkeit des Inhaltes erhellen. Neben diesen vier Originalarbeiten enthält das Buch 411 theils kürzere, theils längere Referate.

Aus den Versammlungs- und Vereinsberichten wollen wir nur die Referate über die Vorträge von Waldeyer in Berlin „Ueber die anthropologische Stellung der Geschlechter zu einander, mit besonderer Berücksichtigung der Frauenfrage“ und „Welche Art der Anthropoiden steht in ihrem Bau dem Menschen am nächsten?“ von dem Herausgeber in Stettin und von Virchow in Berlin über „Kriminalanthropologie“, des Letzteren Vortrag über die „Keltenfrage in Deutschland“ und seine Auslassungen über den „Pithecanthropus“, ferner über die Vorträge des Freiherrn v. Brueckel „Ueber die Vorgeschichte von Mexiko“ und des Herrn Hagen „Ueber die Papuas der Astrolabebai“ hervorheben, um zu beweisen, dass das Centralblatt nicht nur den Gelehrten von Fach, sondern überhaupt jeden gebildeten Menschen interessiren muss. Aus voller Ueberzeugung können wir daher das junge Unternehmen empfehlen, das zu einem sehr annehmbaren Abonnementpreis die reichen Schätze des Wissens auf anthropologisch-urgeschichtlichem Gebiete Jedem zugänglich machen will.

Kothe (Friedrichroda).

18. **Die Elemente der Pathologie**; von Prof. Eduard v. Rindfleisch. 3. umgearb. Auflage. Leipzig 1896. W. Engelmann. Gr. 8. 320 S. (7 Mk. 60 Pf.)

Die beträchtliche Erweiterung unserer Kenntnisse auf dem Gebiete der Pathologie innerhalb der seit dem Erscheinen der 2. Auflage verflossenen 13 Jahre machte eine gründliche Neubearbeitung nothwendig. Dabei ist der Umfang der 3. Auflage ein knapper und der Charakter eines Grundrisses gewahrt geblieben. Das Werk will kein Lehrbuch sein und setzt vom Leser die geläufige Kenntniss der besprochenen Materien voraus. Weit davon entfernt, die Cellularpathologie Virchow's zu vernachlässigen, will uns v. R. in seinem Grundrisse eine natürliche Erklärung liefern, inwiefern Blut und Nerven die typische Verbreitungweise der Krankheiten in unserem Körper bestimmen. Das Werk enthält in seinem 1. Abschnitte eine allgemeine Symptomatologie, in seinem 2. eine allgemeine Aetiologie der Krankheiten.

Aus den persönlichen Anschauungen v. R.'s über Wesen und Ursachen der Krankheiten sei Folgendes hervorgehoben:

Ursache der Geschwulstbildung ist nicht eine lokale Schwäche der Gewebe, sondern eine örtliche Schwächung der Nerven, die erblich ist und die einem örtlichen degenerativen Wachsthumexcesse (d. h. der Geschwulstbildung) den Weg ebnet. Die vermeintlichen Krebsparasiten erklärt v. R. für Zerfallsprodukte der sie einschliessenden Zellen.

Die Frage nach der Fieberursache betrachtet v. R. als eine noch offene, verhält sich aber gegen die sogen. nervöse Fiebertheorie nicht ablehnend. Ferner bestätigt er die Regenerationfähigkeit des Lebergewebes z. B. nach syphilitischer Schrumpfung. Den Schwerpunkt der Erscheinungen bei Zuckerruhr und Gicht sucht er nicht im veränderten Harne, sondern im zucker-, bez. harnsäurehaltigen Blute. Mit grosser Ausführlichkeit werden die nervösen Störungen und Psychosen besprochen, was das Buch dem Nervenarzte und Psychiater empfiehlt. Aus dem Capitel von den Ueberanstrengungkrankheiten sei erwähnt, dass v. R. die meisten Krankheiten des Nervensystems beim Manne auf sexuelle Excesse zurückführt.

Aus den überaus klaren, umfassenden Ausfüh-

rungen über Spaltpilzkrankheiten führen wir an, dass der Vorgang der Uebertragung der Tuberkulose auf den Keim noch nicht präcisirt werden kann und dass das Antitoxin der Tuberkelbacillen eine bessere Heilwirkung versprechen dürfte als das Toxin.

Das flott und anregend geschriebene, abgerundete Werk, das den Leser auf die Höhe moderner Erkenntniss führt, um ihm von da aus einen klaren Einblick in die Natur der Krankheiten zu geben, kann allen Aerzten empfohlen werden.

Radestock (Dresden).

19. **Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie**; von Prof. Otto Binswanger in Jena. Jena 1896. G. Fischer. Gr. 8. V u. 447 S. (9 Mk.)

Während Manche das Vorhandensein einer besonderen Neurasthenie leugnen, widmen ihr Andere grosse Lehrbücher. B.'s Werk ist das 3. grosse Lehrbuch in den letzten Jahren. Wie bekannt, hat sich B. seit lange den fraglichen Zuständen mit Theilnahme zugewandt und hat besonders als ein die Kur Mitchell's mit Eifer und Erfolg Ausübender viele Kranke an sich gezogen, so dass er Reichthum gewann an Erfahrungen über die Neurasthenie. Von diesem Reichthume zeugt auch das vorliegende Buch, das in 15 Vorlesungen eine Fülle von lehrreichen und anregenden Mittheilungen enthält. Natürlich wäre es nicht möglich, mehr als 400 Seiten über Neurasthenie drucken zu lassen, wenn nicht der Begriff sehr weit gefasst wäre. B. beschränkt sich nicht auf die chronische Ermüdung, sondern rechnet zur Neurasthenie eine Menge von krankhaften Zuständen, die Andere anders nennen würden. Vieles, was man eben sowohl als Hysterie, als Hypochondrie, als degeneratives Irresein bezeichnen kann, erscheint in B.'s Buche z. Th. als „Grenzfälle“, ja alle unentwickelten Psychosen stecken in der Neurasthenie darin. Daraus kann man dem Vf. im Grunde keinen Vorwurf machen, denn alle endogenen Zustände gehen in einander über und die Namengebung ist schliesslich Sache der Willkür. Zweckmässiger, den Zwecken der Klinik entsprechender dürfte allerdings eine weitergehende Trennung sein. Zum Beispiel rechnet B. die Zustände, die der *Ref.* unter der Bezeichnung Akinesia algera zusammengefasst hat, in der Hauptsache zur Neurasthenie. Ob das theoretisch gestattet sei, darüber kann man streiten, praktisch nehmen diese Zustände auf jeden Fall eine Sonderstellung ein wegen ihrer Bösartigkeit. Was kann aber erwünschter sein, als dass der Lernende schon im Namen einen Hinweis auf die Prognose und die Therapie erhält? Der Akinesia algera nahestehende Zustände werden zweifellos in den Krankengeschichten 23, 24, 25 geschildert.

Meist kann man sowohl bei den theoretischen, als den klinischen Auseinandersetzungen B.'s sachliche Einwände nicht erheben. Jene freilich bleiben zum Theil hypothetischer Art, was auch Vf. nicht verkennt. Zum Beispiel ist der Satz, dass bei der Neurasthenie das ganze Nervensystem, nicht nur ein Theil des Gehirns erkrankt sei, schwer zu beweisen. Mit besonderer Auszeichnung muss man hervorheben, dass B. fast überall die überwiegende Bedeutung der seelischen Zustände anerkennt und nachdrücklich betont. Im klinischen Theile allerdings dürfte doch Manches, was theils hypochondrischer, in specie „iatrogener“ Art, theils hysterischer Art ist, als organisch begründet erscheinen. Den Begriff der Hysterie schränkt B. allzusehr ein.

Die Eintheilung der klinischen Formen nach verschiedenen Principien muss Bedenken erregen. B. entschuldigt die unlogische Eintheilung damit, dass er nur „Momentphotographien“ geben wolle. Als besonders gelungen erscheinen dem *Ref.* die Ausführungen über die Diagnose und über die Psychotherapie.

Bei der sehr eingehend besprochenen Behandlung ist ein ganzes Capitel der Kur Mitchell's gewidmet. Es ist gewiss nicht zu bestreiten, dass mit dieser schöne Erfoge erzielt werden, aber die Zahl der Fälle, in denen sie nöthig ist, dürfte doch wohl klein sein. Meist handelt es sich in solchen Fällen um junge Frauenzimmer mit einer starken hysterischen Färbung. Sollten viele Nervenschwache eine so complicirte und deshalb theure Kur nöthig haben, so wäre es schlimm um sie bestellt, denn woher sollte ein armer Mann das Geld nehmen?

In Summa, B.'s Lehrbuch ist ein lehrreiches Buch, das den Fachgenossen und den praktischen Aerzten, so weit sie Zeit haben, angelegentlich zu empfehlen ist.

Möbius.

20. **Die Seekrankheit als Typus der Kinetosen.** *Versuch einer Mechanik des psychosomatischen Betriebes;* von Prof. O. Rosenbach in Breslau. Wien 1896. Alfred Hölder. Gr. 8. IV u. 226 S. (5 Mk. 60 Pf.)

Einen kleinen Theil des Buches, die ersten 55 Seiten, nehmen Entstehung, Verlauf und Behandlung der Seekrankheit (Medikamente nützen nicht viel, neben verständigem Verhalten ist die Gewöhnung das Wirksamste) ein, den ganzen übrigen Raum füllen Erörterungen über die Theorie der Seekrankheit und der anderen „Kinetosen“ aus, in die der im Titel erwähnte Versuch einer Mechanik des psychosomatischen Betriebes eingeflochten ist. Die Capitelüberschriften geben einigermaassen ein Bild von dem Inhalte dieses theoretischen Theiles. Zuerst bespricht R. die somatischen Theorien der Seekrankheit: die Theorie der Cirkulationsstörungen; die Centrifugalkraft als Ursache der Störungen; die cerebrale Theorie; die abdominale Theorie; die Theorie des statischen Centrum. Dann folgt ein grosser Abschnitt: die

Grundlagen der psychischen Theorie und des psychischen Schwindels. 1) Analyse des Zusammenhanges psychischer und somatischer Phänomene; 2) optischer Schwindel, Willenseinfluss, Furcht; 3) die Bedeutung des Tonus für den Mechanismus der Persönlichkeit; 4) Schlaf und Hypnose in ihren Beziehungen zum Tonus. XVI. Capitel. Eigene Theorie. „Wir kommen also zu dem Resultate, dass für die Entstehung des Symptomencomplexes der Seekrankheit (und aller Kinetosen) vor Allem intra- und interenergetische (intermolekulare) Störungen verantwortlich zu machen sind. Sie treten ein, wenn besonders starke und ungewohnte Impulse, in specie die Schiffsbewegung, das durch eine besondere Form der Oberflächenspannung bewirkte künstliche (innere) Gleichgewicht des gesammten Organismus oder seiner einzelnen Theile (funktionellen Einheiten) so wesentlich in Frage stellen, dass die vorhandenen reaktiven Kräfte (die latente Reserveenergie) nicht im Stande sind, die normalen Beziehungen der Theile wieder herzustellen."

Was R. im Ganzen unter „Kinetosen" versteht, geht wohl am besten aus folgenden Sätzen hervor: „Wenn wir als Kinetosen alle funktionellen Veränderungen (Betriebsstörungen, Anomalien der ausserwesentlichen Arbeit) bezeichnen, die durch rein kinetische (den Zusammenhang der Masse nicht aufhebende) Einwirkungen hervorgerufen werden, so repräsentirt die Seekrankheit den geringsten Grad, der (vorübergehende) traumatische Shock einen höheren, die dauernde Lähmung oder der Tod im Shock den höchsten Grad der, lokalen oder allgemeinen, akuten kinetischen Beeinflussung, der akuten Kinetose. Die traumatische Neurose ist als chronische Kinetose aufzufassen, wobei, wie bei der Seekrankheit, für den speciellen Fall zu entscheiden ist, ob das Centralnervensystem lokal oder formal, d. h. primär als Organmasse, oder funktionell und interorganisch, d. h. als Indikator einer generellen Störung des Betriebes, in Mitleidenschaft gezogen ist."

Gewiss werden viele der Ausführungen R.'s Widerspruch finden. Manches ist aber wohl sicher richtig und es wird Jeden interessiren, den Vorstellungen und Ueberlegungen des inhaltreichen Buches nachzugehen. Schade, dass R. uns dieses Nachgehen nicht durch eine etwas einfachere Ausdrucksweise leichter gemacht hat. Dippe.

21. **Jahresbericht über die Fortschritte der Diagnostik im Jahre 1895**; herausgegeben von Oberstabsarzt Dr. Schill in Dresden. Leipzig 1896. B. Konegen. Kl. 8. VIII u. 171 S. (3 Mk. 40 Pf.)

Das Unternehmen steht bereits im 2. Jahrgange. Sch. ist bestrebt, möglichst vollständig und bei aller Kürze genügend klar über die neuesten Errungenschaften der Diagnostik zu berichten, dass unter diesem Neuesten manches recht Alte ist, ist nicht die Schuld des Referenten, der allerdings hier und da doch wohl etwas strenger kritisch vorgehen könnte. Die Anordnung des ganzen Stoffes ist gut. Den Schluss bilden ein Autoren- und ein Sachregister. Dippe.

22. **Encyklopädie der Therapie**; herausgegeben von Prof. Oscar Liebreich. I. Bd. 2. u. 3. Abth. Berlin 1896. Aug. Hirschwald. Gr. 8. S. 305—960.

Die beiden neuerschienenen Lieferungen bestätigen vollkommen das, was wir über die erste gesagt haben (Jahrbh. CCXLIX. p. 105). Das Buch macht im Ganzen einen vortrefflichen Eindruck. Der Herausgeber geht mit grosser Gründlichkeit zu Werke und er hat eine Schaar von guten zuverlässigen Mitarbeitern um sich versammelt. Dass in zahlreichen Aufsätzen sehr viel mehr darin steht, als man erwartet und als eigentlich hineingehört, sucht Liebreich in einer der 3. Abtheilung beigegebenen Vorrede zu begründen. Wenn man sich aber seiner Ansicht anschliesst, dass bei einem Werke über Therapie gar nicht weit genug ausgeholt werden kann, dann kann man auch noch einen Schritt weiter gehen und sagen, die Krankenbehandlung lässt sich überhaupt nicht allein, sondern nur mit der gesammten übrigen Medicin zusammen lehren und lernen. Entschieden nicht richtig ist es, dass auch in den neuen Lieferungen die Behandlung stellenweise einfach zu kurz kommt; der Artikel „Blutentziehung" ist z. B. an sich und namentlich im Verhältniss zu den eingehenden Erörterungen über Blut und Blutdruck viel zu dürftig.

Als Absonderlichkeit sei erwähnt, dass Bäckerkrätze unter „Baker's itch" und Barbierkrätze unter „Barber's itch" nachzusehen ist! Das kann auch nur in einer „Encyklopädie der Therapie" vorkommen, in einem Wörterbuch der Heilkunde wäre es nicht gut möglich. Dippe.

23. **Anleitung zu chemisch-diagnostischen Untersuchungen am Krankenbette**; von Prof. H. Tappeiner. 6. vermehrte u. verbesserte Aufl. München 1896. M. Rieger'sche Univ.-Buchh. Kl. 8. 90 S. (1 Mk. 40 Pf.)

Wir haben das vortreffliche kleine Buch bereits wiederholt angezeigt. Jede neue Auflage ist gründlich durchgesehen und, so weit es nöthig schien, ergänzt. Eine besondere Empfehlung dürfte angesichts der 6. Ausgabe unnöthig sein. Dippe.

24. **Die chirurgische Asepsis der Hände**; von Dr. W. Poten in Hannover. Berlin 1897. S. Karger. 8. 47 S. (1 Mk.)

Die kleine Abhandlung hat nur den Zweck, „weiteren Kreisen der Fachgenossen, welche die neueren Anschauungen über die Möglichkeit, unsere Hände exakt zu sterilisiren, nicht durch eigene Lektüre der einschlägigen Arbeiten kennen

gelernt haben, einen zusammenfassenden Ueberblick über ein für unser chirurgisches Handeln höchst wichtiges Capitel zu geben". P., der selbst eine grössere Anzahl von Versuchen über Händedesinfektion vorgenommen hat, empfiehlt die von Reinicke angegebene *Spiritusmaschung* der Hände, die in den meisten Fällen zu einer vollständigen oder nahezu vollständigen Keimfreiheit führt, ein Erfolg, der durch andere Methoden bisher nicht zu erreichen war. Der Alkoholreinigung hat eine gründliche Reinigung der Hände mit Wasser und Seife vorherzugehen. Die vortreffliche Wirkung des Alkohols liegt nicht darin, dass er ein bakterientödtendes Mittel ist, sondern dass er ein gutes Reinigungsmittel ist, d. h., dass er besser als Seife und Wasser im Stande ist, die oberflächlichen Hautschuppen mit allen anhaftenden Schmutz- und Fetttheilen einschliesslich etwaiger Mikroorganismen abzulösen und zu entfernen.

P. Wagner (Leipzig).

25. **Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen.** *In Vorlesungen für Studirende und Aerzte;* von Docent Dr. Paul Reichel in Breslau. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. 8. 485 S. mit 44 Abbildungen im Texte. (8 Mk. 40 Pf.)

Die gebräuchlichen Hand- und Lehrbücher der Chirurgie enthalten über den weiteren Verlauf nach Operationen und über die bei störenden Zwischenfällen zu ergreifenden Maassregeln wohl allgemeine Andeutungen, aber nur selten hinreichend genaue Vorschriften, die es auch dem Mindererfahrenen ermöglichen, selbständig in jedem Einzelfalle sogleich das Richtige zu treffen und zu thun. Wer sich als Student nicht regelmässig an den klinischen Visiten in den Krankenabtheilungen mit betheiligt, sieht die Mehrzahl der vorgestellten und operirten Kranken erst wieder bei ihrer Entlassung aus dem Krankenhause. „So bildet sich bei Vielen die grundfalsche Ansicht aus, dass sich der weitere Verlauf nach einer Operation meist vollkommen glatt, ohne die mindesten Störungen, gewissermaassen von selbst abspiele, und sie sind später verwundert, in eigener Praxis auf unerwartete Schwierigkeiten zu stossen." Hier will R. mit seinem Lehrbuche helfend beispringen; es soll der grössten Zahl der praktischen Aerzte und der Anfänger in der Chirurgie ein Rathgeber sein für das ärztliche Verhalten vom Schlusse der Operation bis zur Vollendung der Heilung des Operirten. Die Wundbehandlung und die Störungen der Wundheilung, die bei etwaigen Complikationen zu ergreifenden Maassnahmen, sowie endlich eine genaue klinische Schilderung der möglichen Complikationen bilden den Inhalt dieses eigenartigen Lehrbuches. Die Gefahr, hierbei allzuweit in das Gebiet der allgemeinen und speciellen chirurgischen Pathologie hinüberzugreifen, hat R. meist geschickt vermieden.

Der *allgemeine Theil* enthält Vorlesungen über die allgemeinen Vorschriften für die Nachbehandlung nach Operationen; über die Nachbehandlung aseptischer Wunden und aseptisch angelegter Wunden in inficirtem Gewebe; über Störungen des Wundverlaufes und über Wundinfektionskrankheiten; über Nachbehandlung nach Operationen an den verschiedenen Körpergeweben, am Knochengerüst, an den Gelenken; über Verlauf und Nachbehandlung nach Amputationen und Exartikulationen; über Zurückbleiben von Fisteln nach Operationen, sowie endlich über die Schädigung des Allgemeinbefindens und der gesunden Gliedmaassen durch die Behandlung kranker Glieder.

Der *specielle Theil* enthält die Nachbehandlung nach Operationen an den verschiedenen Körpertheilen.

Das Buch verdient entschieden eine weite Verbreitung unter den praktischen Aerzten, und hierfür wäre es unserer Meinung nach vortheilhafter gewesen, wenn R. sich noch etwas knapper gefasst hätte.

Die äussere Ausstattung des Werkes ist der bekannten Verlagsbuchhandlung würdig.

P. Wagner (Leipzig).

26. **Die ausserklinische Behandlung der Hiebwunden, mit besonderer Berücksichtigung der Mensurverletzungen;** von Dr. F. Oehlkers. Würzburg 1896. A. Stuber's Verlag. 8. 35 S. mit 2 Tafeln. (1 Mk. 60 Pf.)

„Oefteren Aufforderungen nachgebend" hat Oe. in diesem Büchlein, das in erster Linie als eine Anleitung zur Behandlung der Mensurverletzungen anzusehen ist, seine Erfahrungen niedergelegt, die er als Mensurarzt bei ca. 650 Schläger- und Säbelmensuren gesammelt hat. Wir meinen, dass die „älteren Mediciner", die so häufig den ärztlichen Beistand bei Paukereien bilden, sich ihre theoretischen Kenntnisse lieber aus einem guten Lehrbuche der Chirurgie holen sollten und an deren praktische Verwerthung bei ihren Commilitonen erst dann gehen sollten, wenn sie sich in Klinik und Poliklinik eine gewisse Handfertigkeit angeeignet haben.

Die von Oe. gegebenen Anleitungen können keineswegs alle gut geheissen werden.

P. Wagner (Leipzig).

27. **Das Gesichtsfeld.** *Ein Handbuch für Augenärzte, Neurologen, praktische Aerzte und Studirende;* von Dr. Karl Baas. Stuttgart 1896. Ferd. Enke. Gr. 8. 264 S. (8 Mk.)

Das Buch B.'s enthält nicht nur alles Wissenswerthe über das Gesichtsfeld Gesunder und Kranker, sondern es ist auch im Gegensatze zu vielen anderen ähnlichen Abhandlungen so klar und gut geschrieben, dass das Lesen geradezu angenehm ist. Zum Unterrichte und als Nachschlagewerk sei das von der Verlagshandlung musterhaft aus-

gestattete Werk jedem Arzte und Studirenden sehr empfohlen.

Der erste Theil enthält geschichtliche Angaben und eine vollständige Beschreibung des Gesichtsfeldes gesunder Augen, sowie dessen Prüfungsarten. Im zweiten Theile wird das pathologische Gesichtsfeld bei den verschiedenen Erkrankungen der Aderhaut, Netzhaut, bei Glaukom und Gehirnkrankheiten erörtert und durch eine grosse Anzahl von typischen Beispielen aus der Literatur und aus B.'s eigenen klinischen Beobachtungen, sowie durch eine Reihe von Abbildungen (100 Figuren im Texte) näher erläutert. Dass B. besonders kritisch bei den sogenannten funktionellen Gesichtsfeldstörungen im letzten Abschnitte vorgegangen ist, wird Jeder billigen, der die Veröffentlichungen gerade über diese Art von Gesichtsfeldstörung in den letzten Jahren verfolgt hat. Lamhofer (Leipzig).

28. **Sehproben und Sehprüfung. Optotypi Pflüger**; von Prof. Pflüger in Bern. 2. Aufl. Basel u. Leipzig 1896. C. Sallmann. Gr. 8. 36 S. (4 Mk.)

Die Optotypen von Pflüger unterscheiden sich in mancher Hinsicht von den anderen bekannten Sehproben. Pfl. hat das Decimalsystem eingeführt mit regelmässiger Abstufung der einzelnen Proben, ferner die Spiegelschrift, indem er Figuren und Zeichen wählte, die sich im Spiegel gesehen nicht ändern, wodurch eine beliebige Aenderung des Abstandes in jedem Untersuchungzimmer möglich ist, und endlich photographisch reducirte Schriftproben zur Bestimmung der Nahe-Sehschärfe. In dem den Tafeln beigegebenen Büchelchen sind auf 36 Seiten nähere Erläuterungen und Beispiele für die Sehprüfung, kritische Vergleiche mit den anderen bekannten Sehproben, leicht verständliche Vorschriften für Aerzte, Lehrer u. s. w. enthalten. Lamhofer (Leipzig).

29. **Zur Kenntniss der gesunden und kranken Thränendrüse**; von Dr. Emil Bock in Laibach. Wien 1896. Josef Šafář. Gr. 8. 90 S. (2 Mk. 50 Pf.)

Die Monographie B.'s ist eine wesentliche Bereicherung der ophthalmologischen Literatur. Durch zahlreiche Untersuchungen an gesunden und an augenkranken Menschen und durch die Beobachtung einer grossen Anzahl primärer oder sekundärer Erkrankungen der Thränendrüsen gelang es B., nicht nur manche alte Irrthümer, die sich in den Lehrbüchern fortgepflanzt hatten, auszumerzen, sondern auch für die Diagnose und die Behandlung der Erkrankungen der Thränendrüse wichtige neue Gesichtspunkte aufzustellen.

Wir sehen, wie verschieden in Lage, Gestalt und Grösse schon die nicht erkrankte Thränendrüse sein kann, wie sie fast ausschliesslich in Folge einer Erkrankung der benachbarten Theile in der Augenhöhle erkrankt, wie nur bei akuten Infektionkrankheiten, noch seltener durch Erkältung oder Verletzung eine selbständige Erkrankung auftritt. Der Zusammenhang der gleichzeitigen Erkrankung der Thränen- und der Speicheldrüse lässt sich auch jetzt eben so wenig erklären, wie die Nervenversorgung der Thränendrüse. Während der Erkrankung der Thränendrüse ist die Absonderung und daher die Befeuchtung des Auges vermindert. Die Entzündung der Thränendrüse, die sich meist nur auf das Bindegewebe beschränkt, geht in Heilung über. In den seltensten Fällen tritt Vereiterung oder Atrophie der Drüse ein. Die vergrösserte accessorische Drüse kann eine krankhafte Schwellung der Thränendrüse vortäuschen. Lamhofer (Leipzig).

30. **Historische Studien aus dem pharmakologischen Institute zu Dorpat**; herausgegeben von Prof. R. Kobert. 5. Heft. Halle a. S. 1896. Gr. 8. 324 S. (12 Mk.)

Das vorliegende Heft enthält 4 Aufsätze; der erste, von Felix Rinne behandelt „Das Receptbuch des Scribonius Largus", das einzige die Arzneimittellehre besprechende Werk, das uns aus der Zeit der ersten römischen Kaiser überliefert ist. Rinne giebt im 1. Theile seiner Arbeit eine freie deutsche Uebertragung der Vorrede und der ersten 79 Kapitel. Daran schliesst sich ein pharmakologischer Commentar, in dem die bei Scribonius vorkommenden Arzneiformen und Applikationmethoden, die Maasse und Gewichte und die wichtigsten von ihm erwähnten Arzneimittel und Vergiftungen besprochen werden.

Der zweite und dritte Aufsatz, beide aus der Feder des Herausgebers stammend, haben weniger ein speciell medicinisches als culturhistorisches Interesse. Der Eine beschäftigt sich mit der Geschichte, Darstellung und chemischen Zusammensetzung des *Kwass* und soll für die Einführung dieses Genussmittels in Westeuropa Stimmung machen.

Die andere Arbeit Kobert's betitelt „Zur Geschichte des Bieres" bringt ein sehr reichliches Material über das Vorkommen dieses Getränks bei den verschiedenen Völkern des Alterthums und der neueren Zeit.

Den Schluss des Bändchens bildet „Die normale und pathologische Anatomie des Talmud" von L. Kazenelson, in's Deutsche übersetzt von N. Hirschberg. Nach einer Uebersicht des hebräischen Aerztewesens vor und während der ersten 3 Jahrhunderte n. Chr. werden die in der Bibel nachweisbaren anatomischen Vorstellungen besprochen und dann sehr ausführliche Angaben über die Anatomie der talmudischen Literatur gegeben, wobei auch die Ansichten griechischer Aerzte zum Vergleiche mit angeführt werden.

Ein sehr ausführliches Register und Inhaltsverzeichniss erleichtert die Orientirung über die zahlreichen Einzelheiten der 4 Aufsätze ausserordentlich. Heffter (Leipzig).

31. **Geschichte der jüdischen Aerzte.** *Ein Beitrag zur Geschichte der Medicin;* von Dr. Richard Landau. Berlin 1895. S. Karger. 8. 144 S. (3 Mk.)

Einen Beitrag zur Geschichte der Medicin kann man das Werkchen des Frankenberger Arztes kaum nennen, höchstens einen Versuch, Kenntnisse über einen engbegrenzten Zweig der Geschichte der Aerzte und der Heilkunde in weitere Kreise zu tragen. Denn weder beherrscht der Verfasser die Literatur des von ihm behandelten Gebietes genügend (nicht einmal für die neuere Literatur lässt sich dies behaupten), noch hat er irgend welche Quellenstudien von Belang auf seinem Gebiete vorgenommen. Eine kleine Anzahl von Werken meist sekundärer Natur hat ihm vorgelegen und er hat daraus eine recht lesbare Abhandlung zusammengestellt. Selbst für eine derartige, mehr popularisirende Darstellung hat er aber in der Ausbeutung seiner Hauptquelle, der „Histoire des médecins juifs" von E. Carmoly (Bruxelles 1844), das Maass des Erlaubten eigentlich überschritten.

Dass durch L.'s Arbeit allenthalben klar zum Ausdruck käme, was die jüdischen Vertreter der Heilkunde für deren Entwickelung und den Fortschritt geleistet haben, lässt sich kaum behaupten. Dafür fehlen L. die Kenntnisse in der Geschichte der Medicin doch zu sehr und dafür ist das ganze Buch ja auch gar nicht angelegt: es will ja nur eine Geschichte der jüdischen *Aerzte* sein. Eine jüdische Medicin in irgend welchem Sinne besteht seit lange nicht mehr; aber eine Geschichte jüdischer Aerzte lässt sich auch für die Gegenwart noch schreiben und es ist trotz aller hier von Tendenz nicht ganz freien Darlegungen L.'s durchaus nicht einzusehen, warum in einer Geschichte der jüdischen Aerzte die hervorragenden jüdischen Vertreter der Heilkunst nicht mehr genannt werden dürfen, die in den einzelnen Staaten lebten, nachdem die Sonderstellung der Juden in denselben ein Ende gefunden hatte.

Dem Zwecke einer Orientirung über die jüdischen Vertreter der Heilkunde und deren Verdienste im Allgemeinen und im Einzelnen kann das Buch immerhin dienen, doch steht es weder auf der Höhe seines Zweckes, noch seiner Zeit.

K. Sudhoff (Hochdahl).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 1. December 1896.

Vorsitzender: *F. A. Hoffmann.*
Schriftführer: *Heinrich Schmidt.*

Herr Stimmel setzte seine *otologischen Mittheilungen* fort.

Verhandlung. Herr *Schwabe* machte auf die Wichtigkeit der Augenspiegel-Untersuchung bei Annahme einer Abscessbildung in der Schädelhöhle aufmerksam. Bei Abscessbildung in Folge eiteriger Mittelohrentzündung wurde ein- oder doppelseitige Papillitis und Neuroretinitis beobachtet; erstere Entzündung trete nach *Schwabe's* Erfahrungen mehr bei jugendlichen, letztere häufiger bei älteren Individuen auf. Das Sehvermögen bleibe oft trotz schwerer eiteriger Mittelohrentzündung mit Abscessbildung und entsprechend schwerer Papillitis und Neuroretinitis wider Erwarten lange Zeit noch ein recht gutes. Die Erblindung erfolge meist langsam und lasse sich durch fachmännische Behandlung des Ohrenleidens aufhalten.

Herr Bach gab einen *Beitrag zur Kenntniss der Angina pectoris.*

Verhandlung. Herr *His* hält das Leiden des vorgestellten Mannes für eine echte Angina pectoris, da zweifellose Herzveränderungen vorhanden sind und eine direkte Einwirkung des akuten Gelenkrheumatismus auf den Nervus phrenicus unwahrscheinlich ist. In den bisher beschriebenen Fällen von Erkrankung des Phrenicus habe es sich immer um Compression des Nerven durch Neubildungen oder entzündliche Produkte gehandelt.

Auch Herr *F. A. Hoffmann* hält eine wirkliche Angina pectoris für sicher. Da bei dem Kranken diastolischer Venencollaps vorhanden ist und die Lungenränder eine verminderte Beweglichkeit zeigen, so sind die Phrenicus-Erscheinungen vielleicht Folge von Verwachsungen des Herzbentels.

Herr *Bach* hält eine abgelaufene Perikarditis für unwahrscheinlich. Die Erscheinungen an den Jugularvenen hat er auf die Hypertrophie des linken Ventrikels bezogen.

Sitzung am 12. Januar 1897.

Herr Krönig: *Beitrag zur Desinfektion.*

Herr Krönig berichtete über Untersuchungen, die er gemeinsam mit Herrn Dr. *Paul* in den letzten 2 Jahren ausgeführt hat, zu dem Zwecke, den Desinfektionswerth verschiedener Stoffe in reinen Lösungsmitteln unter Zugrundelegung der modernen Theorien der Lösungen festzustellen. Nach einer ausführlich erörterten Methode wurde die desinficirende Wirkung einer grösseren Anzahl von Salzen, Säuren, Basen, Halogenen, Oxydationmitteln und organischen Verbindungen auf Milzbrandsporen und den Staphylococcus pyogenes geprüft. Als Lösungsmittel kamen in erster Linie Wasser, dann Alkohol, Aether, Benzol u. s. w. zur Verwendung.

Die Resultate wurden an einer grösseren Reihe von Tabellen auseinandergesetzt. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren für Milzbrandsporen und den Staphylococcus pyogenes aureus folgende:

„1) Den Salzen der Edelmetalle, mit Ausnahme des Platins, den Gold-, Silber- und Quecksilbersalzen kommt eine specifische giftige Eigenschaft zu.

2) Die Desinfektionswirkung der Metallsalze hängt nicht allein von der Concentration des in der Lösung befindlichen Metalles ab, sondern ist abhängig von den specifischen Eigenschaften der Salze und des Lösungsmittels. Die Ansicht *Behring's*, dass „der desinficirende Werth der Quecksilberverbindungen im Wesentlichen nur von dem Gehalt an löslichem Quecksilber abhängig ist, die Verbindung mag sonst heissen wie sie wolle", kann nicht zu Recht bestehen.

3) Metallsalzlösungen, in denen das Metall Bestandtheil eines complexen Ions und in Folge dessen die Concentration seines Ions sehr gering ist, üben nur eine äusserst schwache Desinfektionswirkung aus.

4) Die Wirkung eines Metallsalzes hängt nicht nur von der specifischen Wirkung des Metall-Ions ab, sondern auch von der des Anions, bez. des nicht dissociirten Antheils.

5) Die Halogenverbindungen des Quecksilbers, inclusive des Rhodans und Cyans, desinficiren nach Maassgabe ihres Dissociationsgrades.

6) Die Desinfektionswirkung wässeriger Quecksilberchloridlösung wird durch Zusatz von Metallchloriden herabgesetzt.

7) Die starken Säuren wirken noch in Concentrationen von 1 Liter und darüber nicht nur entsprechend der Concentration ihrer Wasserstoff-Ionen, sondern auch vermöge der specifischen Eigenschaften des Anions. Die verdünnteren starken und die schwachen organischen Säuren scheinen nach Maassgabe ihres Dissociationsgrades zu wirken.

8) Die annähernd gleich dissociirten Basen, das Kalium-, Natrium- und Lithiumhydroxyd desinficiren fast gleich; das viel schwächer dissociirte Ammoniumhydroxyd desinficirt sehr wenig.

9) Die Oxydationsmittel, Salpetersäure, Chromsäure, Chlorsäure, Uebermangansäure, wirken entsprechend ihrer Stellung in der für Oxydationsmittel auf Grund ihres elektrischen Verhaltens aufgestellten Reihe. Das Chlor passt sich dieser Reihenfolge nicht an, sondern übt eine sehr starke specifische Wirkung aus.

10) Die Desinfektionswirkung der Halogene, Chlor, Brom, Jod, nimmt entsprechend ihrem sonstigen chemischen Verhalten mit steigendem Atomgewicht ab.

11) Die Angaben *Scheurlen's*, dass Phenollösungen durch Zusatz von Salzen besser desinficiren, wurde bestätigt. Eine Ursache für diese Erscheinung liess sich aus den bisher angestellten Versuchen nicht ermitteln.

12) Die bekannte Thatsache, dass die in absolutem Alkohol und Aether gelösten Körper fast ohne jede Wirkung auf Milzbrandsporen sind, konnte bei den geprüften Lösungen bestätigt werden.

13) Wässeriger Alkohol von bestimmtem Procentgehalte erhöht die Desinfektionswirkung des Sublimats und des Silbernitrats."

Herr Riehl zeigte ein handflächengrosses Lymphangioma circumscriptum an der Schulter eines 16jähr. Mannes.

Die ersten Erscheinungen wurden im Alter von 3 Jahren als „helle Bläschen" beobachtet, im Alter von 10 Jahren bildeten sich neue Bläschengruppen, die sich in den letzten Jahren stärker ausgebreitet haben. Man sieht auf sonst gesunder Haut (ohne Entzündungserscheinungen) wie Sagokörner oder Miliaria crystallina aussehende, rundliche, mohnkorn- bis hasenschrotgrosse, mit wasserhellem oder gelblichem Inhalt gefüllte Cystchen, die leicht über das Hautniveau prominiren. Nur wenige stehen vereinzelt, die Mehrzahl ist zu bis thalergrossen Gruppen vereinigt. Zwischen den Cystchen schlängeln sich erweiterte Blutgefässe in ungleichmässiger Vertheilung. Beim Anstechen der Cystchen sickert Lymphe durch längere Zeit aus. Manche Cystchen zeigen an ihrem Grunde erweiterte Blutcapillaren und erscheinen rosafarben, andere sind mit Blut gefüllt.

Riehl konnte die Entstehung frischer Cystchen auf gesunder Haut beobachten, ebenso das Hämorrhagischwerden an einzelnen, ursprünglich wasserhellen Cysten.

Einige Gruppen bilden sich zurück, sinken ein, verlieren ihren hellen Inhalt, die Oberfläche wird leicht gelblich und chagrinlederartig uneben.

Mikroskopische Präparate zeigen unregelmässig geformte cystöse Erweiterungen der Lymphgefässe in den Papillen und der Subpapillarschicht mit Endothelbekleidung. Der Inhalt ist feingranulirt mit wenigen Leukocyten und Endothelschollen. An den weniger ausgedehnten Lymphgefässchen lässt sich stärkere Wucherung des Endothels nachweisen. Durch dünne Septa geschiedene Cystchen confluiren durch Schwund der Scheidewände.

Riehl bespricht die Betheiligung des Lymphgefässsystems an Geschwulstbildungen, Elephantiasis Arabum, Pachydermia lymphangiectatica, Makrochilie u. s. w. Von oberflächlichen, in der Haut primär entstehenden Lymphangiomen sind drei Formen bekannt: Lymphangioma tuberosum multiplex, Lymphangioma cavernosum und Lymphangioma circumscriptum (varicosum).

Riehl hält diese Geschwülste für aus congenitaler Anlage entstanden und stellt sie mit dem Naevus vasculosus in Parallele (Naevus lymphangiectodes).

JAHRBÜCHER

der

In- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 253. 1897. № 3.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

387. **Ueber die Oxydationskraft der Gewebe**; von Dr. An. Medvedew. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 249. 1896.)

M. extrahirte zerkleinerte Kalbsleber mit physiologischer Kochsalzlösnng und prüfte die Oxydationkraft der so erhaltenen Flüssigkeit auf hinzugefügten Salicylaldehyd. Als er nun näher die Umstände ansah, die hierbei die Oxydation beeinflussen konnten (Menge des Ferments, Menge der zu oxydirenden Substanz, Volumen des Reaktiongemisches) ergaben sich einfache mathematische Beziehungen, so dass M. den Satz aufstellen konnte: Die Menge der in einer Volumeneinheit gebildeten Salicylsäure ist proportional dem Quadrat der Concentration des Oxydationfermentes und umgekehrt proportional der Quadratwurzel aus der Concentration des Salicylaldehyds. M. bemerkt, dass dieses Gesetz wahrscheinlich nur für solche Versuche gilt, bei denen die Quantität der gebildeten Salicylsäure nicht mehr als 0.15—0.18 g pro Liter beträgt. V. Lehmann (Berlin).

388. **Zur Kenntniss des Oxydationsfermentes der Gewebe.** Mit Benutzung von Versuchen von Dr. Yamagiwa; von Prof. E. Salkowski. (Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 1. 1897.)

Y. benutzte als zu oxydirende Substanz Salicylaldehyd. Er arbeitete mit zerkleinerten Organen mit oder ohne Blutzusatz, sowie mit durch Kochsalzlösung gewonnenen Organextrakten, auch aus vorher mit absolutem Alkohol behandelten Organen. Alle Organe und Organextrakte oxydiren den Salicylaldehyd zu Salicylsäure. Stark oxydirend wirken Leber und Milz, schwach Niere, Pankreas und Muskeln.

Ausser Salicylaldehyd sind nur noch Benzylalkohol und Benzol in dieser Richtung brauchbar. Für aromatische Substanzen, die regelmässig im Körper vorkommen und oxydirt werden, konnte die oxydirende Wirkung der Organe bisher nicht nachgewiesen werden. V. Lehmann (Berlin).

389. **Ueber den oxydativen Abbau der Fettkörper im thierischen Organismus**; von Prof. Jul. Pohl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 6. p. 413. 1896.)

P. beabsichtigte durch Eingabe solcher Stoffe in den Magen von Hunden, die muthmaasslich als Vorstufen der Kohlensäure während der physiologischen Oxydation auftreten könnten, aus dem unveränderten Uebergange der gegebenen Substanz in den Harn oder aus dem Auftreten von Oxydationprodukten den Gang der thierischen Oxydationprocesse näher zu erkennen. Er verfütterte Substanzen mit 2, 3 und 4 Atomen Kohlenstoff und kam dabei zu folgenden Ergebnissen: 1) Die Oxalsäure ist im Thierkörper auch nach Aufnahme per os unzerstörbar. 2) Die bei der Oxydation der Aethanderivate als auftretend angenommenen Säuren, Glykolsäure, Glyoxylsäure, sind in relativ grossen Mengen im Körper zerstörbar, ohne, wie bei der Oxydation extra corpus, Oxalsäure zu bilden. 3) Die höchst oxydirte Säure der Aethanreihe, die im Körper verbrennbar ist, die Glyoxylsäure, $CHO—CO_2H$, ist als nächste Vorstufe der Kohlensäure zu betrachten. 4) Glykol ist für den Körper nur theilweise ohne Oxalsäurebildung verbrennbar, zu einem anderen erheblichen Theil bildet es Oxalsäure. 5) Malonsäure, Tartronsäure, Mesoxalsäure, Glycerinsäure, Brenztraubensäure, 1. 2. Propylenglykol, alles Substanzen mit 3 Atomen Kohlenstoff, wurden völlig verbrannt, ohne dass es zur vermehrten Ausscheidung von Oxalsäure käme; somit ist ihr intermediäres Auf-

treten während der thierischen Oxydation möglich. 6) Weinsäure vermag der Hunde- und Kaninchenkörper nur in geringem Umfange zu verbrennen. Andere Substanzen mit 4 Atomen Kohlenstoff, wie Erythrit, Bernsteinsäure, Apfelsäure, liessen, wenn sie auch in grossen Dosen gereicht wurden, weder Weinsäure, noch ein andersartiges Zwischenprodukt in den Harn übertreten.

Diese Thatsache beweist, dass Weinsäure oder Oxalsäure nicht einmal als Durchgangsglieder bei der physiologischen Oxydation der genannten Substanzen mit 4 Atomen C vorkommen. Ebenso unwahrscheinlich ist auch das intermediäre Auftreten von Weinsäure bei dem oxydativen Abbau des Zuckers. H. Dreser (Göttingen).

390. **Zur Kenntniss des oxydativen Fermentes**; von Prof. Julius Pohl. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 65. 1896.)

P. weist durch seine Experimente nach, dass die oxydativen Fermente (oder besser Enzyme), die aus thierischen Organen und aus Pflanzentheilen extrahirt werden konnten, keineswegs in ihren Leistungen identisch sind. So vermochte das Extrakt von Leber Formaldehyd, $\frac{H}{H}>C=O$, in geringem Umfange zu Ameisensäure, $\frac{H}{HO}>C=O$, zu oxydiren, es war aber nicht im Stande, aus α-Naphthol und Phenylendiamin die 2 H-Atome weg zu oxydiren, die zur Bildung von Indophenolblau aus beiden Substanzen entfernt werden müssen. Umgekehrt waren Auszüge von Pflanzenblättern, Tannennadeln zur Indophenolbildung sehr geeignet, vermochten aber nicht, Formaldehyd zu Ameisensäure zu oxydiren, eben so wenig auch Salicylaldehyd oder Mannit. Merkwürdigerweise vermittelt das *Amygdalin* die Indophenolreaktion äusserst rasch und kräftig, Formaldehyd wird jedoch dadurch *nicht* oxydirt. Die Indophenolreaktion hat deshalb für den Nachweis von Oxydation*fermenten* einen sehr zweifelhaften Werth, zumal sogar Amygdalin sie vermittelt. Nur das die Oxydation der Aldehydgruppe zur Carboxylgruppe vermittelnde Ferment besitzt wirklich die sonstigen allgemeinen einem Fermente zugeschriebenen Eigenschaften (Zerstörung seiner Wirkung durch Erhitzen). H. Dreser (Göttingen).

391. **Ueber Bildung des Harnstoffes durch Oxydation**; von Franz Hofmeister. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 6. p. 426. 1896.)

H. oxydirte verschiedene systematisch ausgewählte Substanzen der Fettreihe (N-haltige und N-freie) in ammoniakhaltiger Lösung mittels Kaliumpermanganat bei gewöhnlicher Temperatur und fand *Harnstoff* als ein häufig und oft in erheblicher Menge auftretendes Endprodukt. Aber nicht nur N-haltige, sondern auch N-freie Substanzen wurden bei Gegenwart von Ammoniak unter Harnstoffbildung oxydirt. Die Fähigkeit der Harnstoffbildung ist zumeist auf bestimmte chemische Gruppen beschränkt; von Methanderivaten *bildeten Harnstoff: Cyanwasserstoff, Rhodanwasserstoff, Formamid* und *Methylalkohol;* ferner wurden unter Harnstoffbildung oxydirt *sämmtliche Amidosäuren* einschliesslich der Proteinstoffe (Béchamp's viel bestrittene Angabe von der Entstehung des Harnstoffs bei der Oxydation von Eiweiss ist hierdurch bestätigt). *Sämmtliche Oxysäuren der Fettreihe:* Glykolsäure, Milchsäure, Apfelsäure, Weinsäure gaben bei Oxydation in ammoniakalischer Lösung Harnstoff, ferner Glykol und Pyrogallol, Aceton, Oxaminsäure; dagegen erwiesen sich unter denselben Bedingungen als zur Harnstoffbildung unfähig: Aethylamin, Acetonitril, Acetamid, Oxamid, Succinamid, Formaldehyd, Ameisensäure, Kohlensäure, Aethylalkohol, Acetaldehyd, Essigsäure, Glyoxylsäure, Glyoxal, Oxalsäure, Propionsäure, Malonsäure, Glycerin, Buttersäure, Bernsteinsäure, Traubenzucker.

Die Versuchsbedingungen, unter denen diese Bildung des Harnstoffs vor sich geht, schliessen eine Anhydrirung aus. Die dabei stattfindende Synthese kann somit nur als eine durch den Oxydationvorgang selbst vermittelte (als eine oxydative Synthese) angesehen werden, wie z. B. aus der Oxydation des oxyaminsauren Natrons bei Gegenwart von Ammoniak zu ersehen ist:

$$\begin{matrix} NH_2 \\ +NH_3 \end{matrix}\diagdown CO-CO_2Na+O=\frac{NH_2}{NH_2}>CO+HCO_3Na$$

H.'s Versuche lassen sogar die Möglichkeit zu, dass selbst N-freie Körper, wie Milchsäure, bei Gegenwart von NH_3 im lebenden Körper zur Entstehung von Harnstoff Anlass geben können. H. erklärt auf diesem Wege die auffallend ungleich giftige Wirkung verschiedener Ammonsalze; am giftigsten ist der Salmiak, am wenigsten das milchsaure Ammoniak. Die Giftigkeit der Ammonsalze nimmt danach anscheinend in dem Maasse ab, als sie günstigere Bedingungen für eine rasche Entgiftung durch Harnstoffbildung bieten.

Die Theorie, nach der Cyansäure als eine Vorstufe von Harnstoff auftrete, konnte H. durch Untersuchung der Leber auf Cyansäure, von der er nicht einmal Spuren finden konnte, nicht bestätigen. Noch schlagender spricht es gegen eine Betheiligung von Cyansäure an der Harnstoffbildung, dass es nicht gelingt, bei mit NH_3 vergifteten Thieren durch Zufuhr von cyansaurem Natron die Vergiftung zum Schwinden zu bringen. Cyansaures Natron wird bei intravenöser Injektion sehr bald zersetzt; mit zunehmender Dosis traten Vergiftungserscheinungen ganz ähnlicher Art wie nach Zufuhr von Ammonsalzen ein und der Harn enthielt reichliche Mengen von kohlensaurem und carbaminsaurem Ammon.

H. Dreser (Göttingen).

392. **Ueber die Beziehungen der Eiweiss- und Paranucleinsubstanzen der Nahrung zur Alloxurkörperausscheidung im Harn**; von N. Hess u. E. Schmoll. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 243. 1896.)

H. u. S. stellten Versuche an sich selbst an, um den Einfluss des Eiweisses, bez. Paranucleins der Nahrung auf die Alloxurkörperausscheidung im Urin zu ermitteln. Sie setzten sich zunächst mit einer gewissen Menge von Fleisch und Eiern auf eine Nahrung von gleichmässigem Stickstoffgehalt, die so lange eingenommen wurde, bis auch im Urin eine möglichst constante Ausscheidung von Gesammtstickstoff, Phosphorsäure, Gesammtalloxurkörpern und Harnsäure stattfand. Schon am 2. Ernährungstage waren die Ausscheidungsverhältnisse so gleichmässig geworden, dass bereits am 3. Tage mit der Einnahme von Eiweiss (täglich 24 Eiereiweisse), bez. Paranuclein (täglich 24 Eigelb zu der Normalnahrung hinzu) begonnen werden konnte.

Es ergab sich für die Entstehung der Harnsäure im menschlichen Körper die sehr wichtige Thatsache, dass die Menge der Alloxurkörper und der Harnsäure im Harn während der Eiweisstage keine Steigerung erfuhr trotz entsprechender Vermehrung des Gesammtstickstoffs. Diese Versuche ergeben somit einen strikten Beweis für das *vollkommene Fehlen eines Zusammenhanges zwischen Eiweissnahrung und Harnsäure-, bez. Alloxurkörperausscheidung.*

Auch in den Versuchen mit Zusatz von Paranucleinen in Form von je 24 Eigelb täglich sahen H. u. S. weder eine Vermehrung der gesammten Alloxurkörper, noch der Harnsäure, woraus wohl mit Sicherheit auf das *vollkommene Fehlen einer Beziehung der Alloxurbasen* (Xanthin, Hypoxanthin u. s. w.) *und der Harnsäure zu den Paranucleinen im menschlichen Körper geschlossen werden darf.*

Den möglicherweise zu erhebenden Einwand, die Menge des als Plus zugeführten Eiweisses oder Paranucleins sei nicht erheblich genug gewesen, um die Menge der Alloxurbasen und der Harnsäure im Harn geändert erscheinen zu lassen, widerlegten H. u. S. durch Controlversuche mit Einnahme von Kalbsthymus, die sie der Normalnahrung in verschiedenen Quantitäten zulegten. In diesen Controlversuchen zeigte sich entsprechend einer resorbirten Thymusmenge von nur 100 g die Menge der Alloxurbasen auf das Anderthalbfache ihres ursprünglichen Betrages, die Menge der Harnsäure ebenfalls auf das Anderthalbfache gesteigert.

Die besprochenen Versuche zeigten auch: 1) die Gleichmässigkeit in der Ausscheidung der Alloxurkörper im Ganzen und speciell der Harnsäure innerhalb der einzelnen Versuche und 2) ihre vollkommene Abhängigkeit von der Zufuhr nuclein- und alloxurkörperhaltiger Nahrung in den Versuchen mit Einnahme von Kalbsthymus.

H. Dreser (Göttingen).

393. **Ueber die Kohlehydratgruppe im Eiweissmolekül**; von Dr. N. Krawkow. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 281. 1896.)

Dass sich aus Eiweiss Kohlehydrat bilden kann, muss auf Grund physiologischer und pathologischer Thatsachen (Diabetes) zugegeben werden. Indessen dafür, dass das Eiweissmolekül eine Kohlehydratgruppe in sich schliesst, liegen genügende chemische Beweise noch nicht vor. Es ist deshalb Pavy nicht beizustimmen, der die Eiweissstoffe einfach als Glykoside betrachtet. Er fand, dass aus Eieralbumin durch Kochen mit schwachen Säuren ein Körper entsteht, der die Trommer'sche Probe giebt und aus dem ein Osazon dargestellt werden kann.

K. fand dies für Eieralbumin und eine Reihe anderer Eiweissstoffe, auch Acidalbumin, Alkalialbumin, Albumosepepton, bestätigt; andere Eiweissstoffe lieferten gar kein Osazon. Die Mengen des erhaltenen Osazons waren bei den verschiedenen Eiweissarten sehr verschieden gross. Durch künstliche Magenverdauung, wie Pavy angiebt, konnte K. aus Eieralbumin keinen derartigen Körper erhalten, auch nicht durch künstliche Trypsinverdauung.

Die Kohlehydratgruppe ist also nicht nothwendig ein Bestandtheil des Eiweissmoleküls.

V. Lehmann (Berlin).

394. **Physiologisch-chemische Untersuchungen über die Lachsmilch**; von weil. Prof. F. Miescher, herausgegeben von O. Schmiedeberg. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 100. 1896.)

Die „Lachsmilch“ ist das als schneeweisse, rahmige Flüssigkeit aus dem Vas deferens lebender oder frisch getödteter Lachsmännchen ausdrückbare reine Sperma; es besteht aus reinen Samenfäden, ohne jede Beimengung unreifer oder sonst heterogener Elemente, suspendirt in einer an organischen gelösten Bestandtheilen äusserst armen, salzhaltigen Flüssigkeit. Bei solcher Reinheit und Gleichmässigkeit seines Objektes beabsichtigte M. die Beziehungen zwischen dem chemischen und dem morphologischen Bau möglichst klar zu legen und „die Samenzellen wie ein Mineral, ohne Rest in seine näheren Bestandtheile zu zerlegen.“

Da in der procentischen Zusammensetzung der Spermatozoën des Lachses eine Base, von M. Protamin benannt, in Verbindung mit der Nucleinsäure von ganz besonderer Wichtigkeit ist, stellt Sch. zunächst das Analysenmaterial über die elementare Zusammensetzung des Protamins zusammen. Aus dem Platinchloriddoppelsalze berechnet Sch. die *Zusammensetzung des Protamins* zu $C_{16}H_{28}N_9O_2$; auch die möglichst gereinigte Base giebt eine sehr schöne rosenrothe Färbung bei der Biuretreaktion, letztere kommt der Base selbst und nicht etwa begleitenden Verunreinigungen zu. Nach Sch. ist die Base ein ganz

direkter Abkömmling der Eiweissstoffe und unterscheidet sich von den Peptonen im Wesentlichen nur durch die stark basischen Eigenschaften. Unter den mittels 14—15proc. Salzsäure durch Erhitzen aus dem Protamin abgespaltenen Zersetzungsprodukten waren mehrere Basen enthalten, eine fassbare entsprach in ihrer Zusammensetzung derjenigen des Arginins $C_6H_{14}N_4O_2$, das neuerdings von Hedin als Spaltungsprodukt der Eiweisskörper nachgewiesen ist.

Ueber die Darstellung der *Nucleinsäure* vergleiche man das Original. Die Hauptgefahr besteht in dem Abspalten von Xanthinkörpern und muss durch rasches Arbeiten bei 0° bekämpft werden. Die Trocknung der Nucleinsäure erforderte wegen deren Zersetzlichkeit bei höherer Temperatur als 65° C. ebenfalls besondere Vorsicht. Offenbar war es unmöglich, die Nucleinsäure frei von Protamin darzustellen, für die freie, reine *Nucleinsäure* aus Lachssperma, die „*Salmonucleinsäure*" wird die Formel aufgestellt: $C_{40}H_{56}N_{14}O_{17}, 2\,P_2O_5$; von der von Altmann aus Hefe dargestellten Nucleinsäure $C_{40}H_{60}N_{14}O_{22}, 2\,P_2O_5$ unterscheidet sie sich durch ein Plus von 5(OH). Von Spaltungsprodukten der Salmonucleinsäure sind beschrieben: das Nucleosin, $C_5H_6N_2O_2$, krystallisirend, ob es mit dem Thymin von Kossel und Neumann identisch ist, muss erst noch festgestellt werden; es ist keine Base.

Ueber die *Struktur der Samenzellen* theilt M. mit, dass bei der Färbung mit Methylgrün der Kopf sich als zusammengesetzt erkennen lässt aus einer sich nicht färbenden Hülle und einem sich lebhaft grün färbenden Innenraum.

Als eine in den Kopf der Samenzelle verlängerte Fortsetzung des Schwanzes beschreibt M. ein „Centralstäbchen"; bei Conservirung in Glaubersalzlösung (1.02 spec. Gew.) zeigt oft der Schwanz der Samenzelle eine Zerspaltung in mehrere Fäden. Bei Zusatz von destillirtem Wasser und mehrfachem Centrifugiren und wiederholtem Wasserzusatz lösen sich die Schwänze von den Köpfen ab und zuletzt bildet sich ein Sediment, das nur aus absolut rein und glatt isolirten Köpfen von Samenzellen besteht. Die *Zwischenzellenflüssigkeit* des Sperma enthält nur Spuren von Eiweiss; die Analyse ihrer Aschenbestandtheile ergab, dass sie eine der physiologischen Kochsalzlösung analoge Flüssigkeit ist, die lediglich dazu bestimmt ist, den Spermatozoën die erforderliche Beweglichkeit zu gewähren, ohne sie im Mindesten zu schädigen, was durch die isotonische Beschaffenheit dieser Flüssigkeit erreicht ist. Die *Bestandtheile der Schwänze der Samenzellen* sind Eiweiss, Lecithin, Fette und Cholestearin. Cerebrin scheint zu fehlen. Nach M. sind die Schwänze im Wesentlichen nach dem chemischen Typus der marklosen Nerven, d. h. der Achsencylinder gebaut.

Die von den Schwänzen getrennten *Köpfe* gaben an Alkohol-Aether wenig mehr als 1% Substanz ab; diese geringen Mengen stehen in äusserst prägnantem Gegensatze zu dem Reichthum der Schwänze an diesen Stoffen. Die Bestimmung des *Protamingehaltes* ergab, dass *nahezu 20% der Köpfe* aus Protamin besteht. Die *Nucleinsäuremenge* betrug *60.73%* in den Köpfen der Samenzellen; hiermit wären bereits 81% der Bestandtheile bekannt. Ausser dem Protamin zog Salzsäure nur 3% anderer Stoffe aus. Unbekannt bleibt ein Rest von 16.78%. Etwas Schwefelsäure und Kalk liessen sich ebenfalls in den Köpfen nachweisen. Die entfetteten Spermatozoënköpfe bestehen zu *96%* aus nucleinsaurem Protamin.

Das unreife, noch in der Entwickelung begriffene Sperma enthält in den Kernen eine Albuminose, die als Vorstufe des Protamins anzusehen sein dürfte. M. vermuthet, dass bei der Spermabildung das Eiweiss der Bildungszellen sich zunächst in 2 Hälften spaltet, aus der einen geht das Protamin, aus der anderen die Nucleinsäure hervor. Da beide Körper weit stickstoffreicher sind als die Eiweissstoffe, so müssen im Haushalte des Lachses, der während seines Aufenthaltes und Aufsteigens im Rhein keine Nahrung zu sich nimmt, stickstofffreie Stoffe zur Ernährung der Gewebe dienen, herstammend von dem schwindenden Muskeleiweiss, während die N-haltigen Theile zum Protamin- und zum Nucleinsäure-Aufbau dienen. H. Dreser (Göttingen).

II. Anatomie und Physiologie.

395. Om förekomsten af ett primärt protoplasmatiskt sammanhang mellan äggets klyfningsceller; af J. Aug. Hammar. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 1. s. 47. 1896.)

H. untersuchte die Eier von Coelenteraten (Cyomea capillata, Aurelia aurita, Actinoloba dianthus), Würmern (Pomatocerus triqueter, Prostheceraeus vittatus, Malacobdella grossa), Mollusken (Aeolis papillosa), Tunikaten (Clavellina lepadiformis, Ciona intestinalis), Arthropoden (Scapholeberis mucronata) und Vertebraten (Lepus cuniculus), von denen die 4 zuerst genannten Thiergruppen in Bezug auf den Zusammenhang der Spaltungszellen im Ei vollkommen übereinstimmende Bilder gaben. Es liess sich ein protoplasmatischer Zusammenhang zwischen den Spaltungszellen nachweisen, der im Allgemeinen mit der grössten Deutlichkeit in den Ruhepausen zwischen den Zelltheilungen auftritt, wenn die Zellen mit abgeplatteten Flächen an einander liegen. Auch bei den Arthropodeneiern scheint ein solcher Zusammenhang vorzukommen. Was die Kaninchen betrifft, ist es H. bei dem ihm für diese Untersuchung ziemlich spärlich zu Gebote stehenden

Beobachtungsmaterial nicht gelungen, die für die früheren Entwickelungsstadien passende Concentration der Fixirungsflüssigkeit zu finden, wenn sich aber ein Blastodermbläschen ausgebildet hat, macht es keine grösseren Schwierigkeiten, auch hier eine Protoplasmacontinuität zwischen den Zellen nachzuweisen. Die Untersuchungen H.'s machen es wahrscheinlich, dass ein solcher Zusammenhang bei jeder normalen Eitheilung besteht. Schon die erste Spaltungsfurche durchschneidet das Ei nicht vollständig; die Ora limitans bleibt unversehrt und die zwischen den beiden ersten Blastomeren liegende Spalte liegt innerhalb dieser, intraprotoplasmatisch, und kann als die erste Anlage der Spaltungshöhle betrachtet werden. Bei jeder neuen Theilung bleibt die ursprüngliche Ora limitans bestehen, so dass das Ei, noch wenn die Zellen im ausgebildeten Blastulastadium eine epitheliale Form und Anordnung angenommen haben, als eine einheitliche Protoplasmamasse mit einer ebenfalls einheitlichen intraprotoplasmatischen Höhle, der Spaltungshöhle, bezeichnet werden kann.

Es ist anzunehmen, dass dieses Verhalten geeignet ist, ein neues Licht über verschiedene Entwickelungsprocesse zu verbreiten und die Anschauungen über diese in mehr als einer Hinsicht zu modificiren. Die Processe, bei denen man eine Auswanderung von Zellen aus dem epithelialen Zusammenhang beschrieben hat, dürften von diesem Gesichtspunkte aus eine erneute Untersuchung erfordern, ebenso die Keimblattbildung durch Abspaltung. In mechanischer Hinsicht dürfte dieser Zusammenhang für die Beurtheilung der gegenseitigen Verschiebungen und Formveränderungen wichtig sein, auch die Blastulabildung wird dadurch erst recht begreiflich.

Dieser Zusammenhang ist indessen nicht nur als ein mechanisches Moment bei der Entwickelung des Organismus aus dem Ei aufzufassen; er ist durch ihn eine Continuität des Zellprotoplasma bedingt und es muss ihm deshalb eine mehr vitale Bedeutung zugeschrieben werden; vielleicht ergiebt sich daraus eine Erklärung für die Annahme einer gegenseitigen Beziehung der Zellen zu einander bei dem Entwickelungsprocess, sowie der Epithelzellen im erwachsenen Organismus.

Walter Berger (Leipzig).

396. **Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen**; von Otto von Herff in Halle a. S. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 268. 1896.)

I. Die Wachsthumsrichtung der Placenta, insbesondere die der Placenta circumvallata.

v. H. beschäftigt sich mit der besonders für das Verständniss der Entstehung der Placenta praevia wichtigen Frage, in welcher Art und Weise die Haftfläche der Placenta sich vergrössert. Zum Studium dieser Frage konnte v. H. ein sehr interessantes Drillingsei benutzen, das aus zwei Fruchtkapseln bestand, die sich unabhängig von einander an verschiedenen Stellen der Uteruswand eingepflanzt haben mussten und auch getrennt ausgestossen wurden. Das eine Ei beherbergte eineiige, männliche Zwillinge, die ihrer Grösse und Entwickelung nach der 12. bis 13. Woche entsprachen; das zweite Ei enthielt einen stark macerirten, etwa 5 Wochen alten Embryo.

v. H. giebt eine genaue Beschreibung des makroskopischen und mikroskopischen Befundes. Als Ursache des Abortes und des primären Fruchttodes sieht er in seinem Falle in erster Linie eine Anomalie der Placentaentwickelung, die vorhandene Placenta circumvallata, an.

v. H. glaubt aus seinen Untersuchungen den Beweis liefern zu können, dass wirklich Zotten jenseits des Schlussringes in die anschliessende Vera vordringen und so einen neuen Placentaabschnitt, eine Pars circumvallata, bilden. v. H. nimmt als sicher an, dass die Pars circumvallata nur durch eine Entwickelung der Zotten in die Vera erklärt werden kann, und folgert weiter, dass auch die normale Wachsthumsrichtung der Placenta im gesunden und im kranken Zustande nur die in die Vera hinein sein kann.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

397. **A study of the human placenta, physiological and pathological**; by Th. W. Eden. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 265. 1896.)

E. kommt auf Grund seiner vergleichenden Untersuchungen jugendlicher und ausgereifter Placenten zu dem Schlusse, dass die Placenta gegen Ende ihrer nur 9monatigen Funktion alle diejenigen Veränderungen erfährt, die andere, bleibende Organe im Greisenalter zeigen: Degeneration der Gefässe, Atrophie und Degeneration der epithelialen Strukturen (der Häute). Die ausgereifte Placenta zeigt, mit anderen Worten, rein senile Struktur; die Gefässe sind durch Endarteriitis ähnlich verändert wie die Hirnarterien des Greises; auch die Infarkte fasst E. als senile Veränderungen auf. In manchen Fällen von intrauterinem Tode der Frucht, ist dieser auf diese senilen Veränderungen der Placenta zurückzuführen. Radestock (Dresden).

398. **Ueber den Bau der Nabelschnur von jüngeren Embryonen**; von Dr. A. v. Hüttenbrenner. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 49. 1896.)

Nachdem v. H. nachgewiesen hatte, dass der Sarkomphalus nicht eine einfache Bindegewebewucherung, sondern ein Nabeladenom ist, suchte er dessen Ursprung durch Untersuchung des Nabelstranges bezüglich seiner epithelialen Bestandtheile zu ergründen, wozu er die Nabelschnuren von Früchten aus dem 3. bis 6. Monate benutzte. Auf den Querschnitten fanden sich ausser den zwei Arterien und einer Vene zwei Gänge. Der weitere Kanal ist mit kernhaltigem Cylinderepithel ausgekleidet, dessen Aehnlichkeit mit dem Epithel

des Dünndarmes auffallend ist; um das Epithel herum finden sich zahlreiche stäbchenförmige Kerne von glatten Muskelfasern. Diesen Kanal hält v. H. für einen Rest des Ductus omphalomesaraicus. Der andere, sehr enge Kanal mit mehrschichtigem cubischen Epithel ist als Rest der Allantois anzusehen. Diese im Nabelschnurreste vorhandenen embryonalen Epithelzellen bilden, wie v. H. annimmt, die Veranlassung zur Adenombildung.

Radestock (Dresden).

399. **Die Respiration des Neugeborenen und Säuglings**; von Dr. Fr. Scherer in Prag. (Jahrb. f. Kinderhkde. N. F. XLIII. 4. p. 471. 1896.)

Die Athmungsbewegungen des Kindes sind sehr verschieden im Vergleiche mit denjenigen des erwachsenen Menschen, eine Erscheinung, die hauptsächlich bedingt ist durch die eigenthümlichen Raumverhältnisse des Brustkorbes, durch die noch sehr spärlich entwickelte Muskulatur und die starke Einwirkung der äusseren Reize. Vor Allem zeigt die Athmung des Neugeborenen eine auffällige Unregelmässigkeit, die nur während des Schlafes theilweise in der Art ausgeglichen wird, dass der tief schlafende Neugeborene und Säugling regelmässig athmet, die Schnelligkeit der Athmungsbewegungen aber in verschieden langen Intervallen der Zeit sich ändert. In dieser Unregelmässigkeit ist der Grund zu suchen, weshalb die einzelnen Aerzte so verschiedene Angaben über die Zahl der Inspirationen beim Neugeborenen machen, eine Zahl, die zwischen 26, 44 und 62 schwankt, im Durchschnitt 35, nach Dohrn aber 50 beträgt, im zweiten Jahre im Mittel auf 28, im dritten auf 25 in der Minute sinkt.

Was die Gestaltveränderungen am Rumpfe bei der Athmung betrifft, so müssen wir die Thorax- und die Abdominalbewegungen unterscheiden. Nach Sch. überwiegen die abdominalen. Das Abdomen wölbt sich bei der Inspiration vor, wobei die Nabelgegend die grösste Exkursion beschreibt und die Gegend des Schwertfortsatzes sich ein wenig einstülpt. Nur selten konnte Sch. während der Ruhe die Zwerchfellsrinne beobachten, die aber sofort deutlich von einer Axillarlinie zur anderen hervortrat, sobald das Neugeborene zu schreien anfing. Aber auch der Thorax verändert sich bei der Athmung, indem er bei der Inspiration einerseits sich vorwölbt, andererseits sich hebt und so die Gestalt einer in die Länge gezogenen Kugel annimmt. Nach Sch. ist daher die Athmung des Neugeborenen nicht rein abdominal, sondern thorako-abdominal mit überwiegendem Abdominaltypus. Ganz verändert sind die Athembewegungen bei Kindern im Alter von einigen Monaten. Vor Allem athmet ein Kind, das 3—8 Monate alt ist, noch viel unregelmässiger, weil zahlreiche äussere, durch die verschiedenen Sinne vermittelte Reize, die auf das neugeborene Kind noch keinen Einfluss hatten, nun deutlich einwirken. Der Thorax wölbt sich bei der Inspiration vor und erhebt sich, die Intercostalräume erweitern sich, die Rippen erheben sich bei der Inspiration, sinken bei der Exspiration. Die Zwerchfellsrinne ist hauptsächlich in der Gegend des Schwertfortsatzes deutlich. Im Epigastrium beobachtet man noch ein deutliches mässiges Vorwölben beim Inspirium. Dieselben Verhältnisse finden sich beim einjährigen Kinde, während später (2—4 Jahre) die Zwerchfellsriss zu verschwinden beginnt. Dieser Athmungstypus bleibt unverändert bis in die Zeit, wo das Geschlecht seinen Einfluss auszuüben anfängt, d. h. bis zum 10. Jahre, dann zeigt beim Mädchen die Athmung den thorakalen Typus, beim Knaben den thorako-abdominalen mit Ueberwiegen des abdominalen.

Was nun die Grösse des respiratorischen Gaswechsels anlangt, so hat es sich Sch. bei seinen Versuchen zur Aufgabe gemacht, die vom Neugeborenen und Säuglinge verbrauchte Sauerstoff- und ausgegebene Kohlensäure-Menge, die Grösse des respiratorischen Quotienten, seinen Unterschied von dem des Erwachsenen und den Einfluss der äusseren Temperatur auf ihn festzustellen.

Das Ergebniss der Versuche lässt sich in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1) Die Intessität des Gaswechsels bei der Respiration ist beim Neugeborenen weit grösser, als beim erwachseses Menschen, weil die Athmungsintensität im umgekehrten Verhältnisse zur Grösse des Körpers steht: beim Kinde $\frac{CO_2}{O_2} = \frac{330}{470} = 0.702$; beim Erwachsenen $\frac{CO_2}{O_2} = \frac{216}{243} = 0.89$. Der bedeutende Sauerstoffverbrauch beim Neugeborenen, dem zu Folge der respiratorische Quotient so niedrig ausfällt, erhält seine Erklärung in dem Uebergewicht des Assimilation- über den Dissimilationprocess in einem wachsenden Körper. 2) Der Gaswechsel bei der Respiration des Neugeborenen ist bei niederer Temperatur der Umgebung noch reger, wobei der Sauerstoffverbrauch besonders erhöht ist, so dass der respiratorische Quotient im Durchschnitte auf 0.582 sinkt. Nach Sch. ist dies damit zu erklären, dass der Stoffwechsel bei Warmblütern unter Kälteeinwirkung sich erhöht, die Assimilation verstärkt wird, so dass der Sauerstoffverbrauch wächst. 3) Der Gaswechsel sinkt in den ersten Stunden nach der Geburt etwas; von der neunten Stunde beginnt er bis zur ersten Hälfte des zweiten Tages schnell zu steigen, um von nun an zwar nur allmählich, aber beständig zuzunehmen. Das rasche Ansteigen im Verlaufe des zweiten Tages ist besonders im Winter auffallend. Die Regulirung der Körpertemperatur, insoweit sie in einer Aenderung des Gaswechsels ihren Ausdruck findet, ist demnach beim Neugeborenen noch nicht im vollen Gange, sondern bildet sich erst im Verlaufe des zweiten und dritten Tages unter dem Einflusse der Aussentemperatur aus, ein Beweis dafür,

dass die Funktion sich nur auf äussere Reize hin entwickelt.

Aus diesen Befunden erklärt Sch. die grosse Empfindlichkeit des Neugeborenen, besonders an den ersten Tagen nach der Geburt, gegenüber Kälteeinwirkungen, sowie die grosse Mortalität der mit Atelektase behafteten Neugeborenen gerade am zweiten und dritten Tage, da die atelektatische Lunge dem schnellen Anwachsen des Gaswechsels nicht Folge leisten kann. Rost (Rudolstadt).

400. **Die Wirkung der Kohlensäure auf die Athmung**; von Dr. A. Benedicenti. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 408. 1896.)

Der jetzt am meisten verbreiteten Ansicht, dass Kohlensäureanhäufung der Reiz für die Athembewegungen sei, ist J. Rosenthal schon lange entgegengetreten. Neuerdings hat B. mit verschiedenen Sauerstoff-Kohlensäuregemischen Versuche gemacht und kommt zu folgenden Schlüssen: Wenn das Thier bei O-Mangel CO_2 athmet, wird die Athmung langsamer und schwächer und das Thier stirbt, ohne deutliche Dyspnöe, unter Krämpfen. Bei normalem O-Gehalt und 10—20% CO_2-Gehalt der Luft zeigt sich keine andauernde Vertiefung und Vermehrung der Athmung. Bei 30% CO_2 tritt Narkose ohne Schwächung der Athmung ein. Bei 40—60% CO_2 tritt nach ganz kurzer Reizperiode tiefe Narkose ein, die Athmung wird langsamer; auch bei diesem CO_2-Gehalt kann das Thier noch $1^1/_2$—2 Stunden leben. Zuweilen stirbt das Thier bei starken CO_2-Dosen erst nach dem Versuche. V. Lehmann (Berlin).

401. **Zur Kenntniss der Wirkung der verdünnten Luft**; von Cand. med. Georg Lewinstein. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 278. 1896.)

Kaninchen, die in einer Glasglocke unter einem Luftdrucke von 300—400 mm Quecksilber lebten (entsprechend dem Aufenthalte in Höhen von 5000 bis 7500 m über dem Meeresspiegel) starben regelmässig am zweiten oder dritten Tage. Bei der Sektion zeigten sich enorme fettige Degenerationen, besonders des Herzens, dann der Leber, Nieren und Muskulatur. V. Lehmann (Berlin).

402. **Ueber den Einfluss des Sauerstoffgehaltes der Luft auf den Stoffwechsel**; von Dr. Paul v. Terray. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 7 u. 8. p. 393. 1896.)

Die Frage nach der Einwirkung sauerstoffreicher, bez. sauerstoffarmer Luft ist zwar schon vielfach untersucht worden, aber mit sehr wechselnden Resultaten. Die von v. T. an Kaninchen und Hunden angestellten Versuche führten zu folgenden Hauptergebnissen:

Innerhalb weiter Grenzen ist der Sauerstoffgehalt der Luft ohne Einwirkung auf den Stoffwechsel. Bei mehr als 10.5% ergab sich keine constante und deutlich wahrnehmbare Veränderung in der Mechanik der Respiration, der N- und CO_2-Ausscheidung. Bis zu 87% änderte sich die Mechanik der Respiration, sowie die N-Ausscheidung nicht, die CO_2-Ausscheidung nahm allmählich etwas ab. Bei 10.5% O-Gehalt und darunter zeigten die Thiere tiefere und häufigere Respiration, bei tieferem Sinken treten dyspnoische Erscheinungen auf. Unter 10.5% zeigt die N-Ausscheidung häufig eine Steigerung, die CO_2-Ausscheidung ebenfalls. Bei 5.25% und darunter wird mehr N ausgeschieden, als aufgenommen. Auch die CO_2-Bildung ist gesteigert. Die grosse Steigerung der CO_2-Ausscheidung kann indessen dadurch nicht erklärt werden, der Hauptgrund liegt in der Menge organischer Säuren, die im Blute auftritt. Diese organischen Säuren, die bei O-Mangel in Blut und Harn in Menge auftreten, sind beim Hunde Oxalsäure und Milchsäure, beim Kaninchen Milchsäure.

Der Grund für das gesteigerte Auftreten von Milchsäure kann nicht allein in der Abnahme der Leberfunktion liegen, es wird durch die mangelhafte Versorgung der Gewebe mit O bedingt, wodurch intermediäre Stoffwechselprodukte bestehen bleiben.

Da der Körper bei Sauerstoffmangel procentuell mehr O aus der Luft aufnimmt, den Sauerstoff also besser ausnutzt, als beim Athmen in normaler Atmosphäre, so zeigt dies, dass unser Körper einer so sauerstoffreichen Atmosphäre gar nicht bedarf, als die ist, in der er lebt.

Bei O-Mangel fand sich im Harn des Hundes wie des Kaninchens stets Eiweiss. Traubenzucker konnte nur einmal im Hundeharn nachgewiesen werden.

Unter dem Einflusse des O-Mangels nahm die Harnmenge des Kaninchens immer, die des Hundes häufig ab. Es liegt dies wohl daran, dass wegen der grösseren Tiefe und Frequenz der Respiration die Thiere mehr Wasser durch die Lungen abgaben.

Nach Einathmen von O-reicherer Luft als normal sah v. T. zuweilen eine Zunahme der Harnmenge. V. Lehmann (Berlin).

403. **Ueber den Verlauf der Stickstoffausscheidung beim Menschen**; von Dr. Rudolf Rosemann. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 7 u. 8. p. 343. 1896.)

R. hat an sich selbst zweistündlich die Stickstoffausscheidung bei leichterer Arbeit beobachtet. Es zeigten sich hierbei gewisse Regeln in den Curven der ausgeschiedenen Stickstoffmengen: Ansteigen zwischen 9 und 11 Uhr Vormittags, dann 2—3 Stunden nach der Mittagsmahlzeit schnelles, dann langsames Absinken, gewöhnlich wieder Ansteigen zwischen 9 und 11 Uhr Abends, dann Absinken während der Nacht. Die Maxima nach der Mittagsmahlzeit und nach der Abendmahlzeit sind aus dem gesteigerten Reiz, der auf die Zellen

durch die Ernährungflüssigkeit ausgeübt wird, zu deuten, und auch durch das Zuströmen stickstoffreicheren Materials. Während der Nacht, wo keine Zellenreizungen stattfinden und auch kein Material mehr zugeführt wird, ist die Ausscheidung am geringsten; am Morgen beginnen wieder Reize auf die ausgeruhten Zellen zu wirken und verursachen so das Vormittagsmaximum.

Wurde der Schlaf unterbrochen, so zeigten die Curven von der Nacht auch Erhebungen.

In einigen Fällen war nicht nnr ein Maximum zwischen 3 und 5 Uhr Nachmittags, sondern auch noch eins zwischen 7 und 9 Uhr wahrzunehmen. R. erklärt dies dadurch, dass hier auch noch die Resorption vom Darme ans znm Ausdruck kommt.

V. Lehmann (Berlin).

404. **Ueber Ermüdnng und Erholung**; von W. H. R. Rivers und E. Kraepelin. (Psychologische Arbeiten, herausgeg. von E. Kraepelin. Leipzig 1896. I. 4. p. 627.)

R. und Kr. stellten zuerst fest, dass für einen erwachsenen leistungsfähigen Menschen bei halbstündigen Arbeitsabschnitten Pausen von gleicher oder selbst doppelter Dauer nur einmal genügten, um die volle geistige Frische wieder herzustellen. Späterhin entwickelte sich eine rasch wachsende Abnahme der Leistungsfähigkeit, die durch einfaches Ausruhen nicht mehr völlig ausgeglichen werden konnte.

2) Die Beeinflnssung der Arbeitcurve durch Willensanstrengung, der „Antrieb“, ist am deutlichsten im Beginne und am Ende der Arbeit erkennbar. Die Wirkung des Antriebes geht in der Regel rasch vorüber. Hänfigkeit und Grösse der Antriebswirknng hängen in erster Linie von den persönlichen Eigenschaften und von der jeweiligen Disposition ab. Fehlen des Antriebes ist mehr ein Zeichen der Langenweile, als der Ermüdung.

3) Ein zuverlässiges Maass der Uebungsfähigkeit liefert nnr der reine Uebungsfortschritt, der von den Fehlern der Ermüdung und des Uebungsverlustes möglichst befreit ist und dnrch geeignete Pausenversuche gewonnen wird. Er bildet weiterhin die Grundlage zur Messung der wahren Ermüdbarkeit und des täglichen Uebnngsverlustes.

4) Die Uebungsfähigkeit ist nicht abhängig von der Leistungsfähigkeit. Die Höhe der letzteren ist für die psychologische Kennzeiohnnng von untergeordnetem Werthe.

Durch diese psychologischen Versuche wurde ferner nachgewiesen, dass sich bei den Versuchspersonen eine Anzahl von Seelenzuständen schon z. B. bei einfachem Addiren aus dem Gange der Arbeitleistung und aus dem Verhalten der Fehler erkennen lässt. Das Ergebniss dieser psychologischen Versuche ist, wie sich ohne Weiteres erkennen lässt, für das praktische Leben, für die Schule und für die Klinik von Wichtigkeit.

Lührmann (Dresden).

405. **Eine neue Theorie der Gesichtswahrnehmung**; von K. Ueberhorst in Innsbruck. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XIII. 1 u. 2. p. 54. 1896.)

Nach Anführung zahlreicher monokulärer und binokulärer Sehversnche und Sinnestäuschungen fasst Ue. seine Theorie in folgendem Satze zusammen: „Die Gesichtswahrnehmung, wie alle Wahrnehmung überhaupt, ist weder Sinnesempfindung, noch Wissen, sondern das Produkt einer besonderen psychischen Thätigkeit, deren Wesen darin besteht, eine Sinnesempfindung mit einer anderen gleichzeitig in der Seele vorhandenen Sinnesempfindung, bez. Vorstellung, namentlich Erinnerungsvorstellung, welche beiden Faktoren von einer, jeder Psyche eigenen unbewnssten Intelligenz als Kennzeichen ein und desselben Objektes aufgefasst werden, zu einer eigenartigen Einheit miteinander zu verbinden.“

Lamhofer (Leipzig).

406. **Einige Experimente über Gesichtsbilder im Traume**; von Prof. J. Mourly Vold in Christiania. (Ztschr. f. Psychol. n. Physiol. d. Sinnesorgane XIII. 1 u. 2. p. 66. 1896.)

V. liess verschiedene Personen, Erwachsene nnd Kinder, einzelne Bilder, Figuren in Schwarz und Weiss oder farbig unmittelbar vor dem Einschlafen längere Zeit aufmerksam beobachten und am anderen Tage genau die Träume erzählen. Meistens kehrten die beobachteten Gegenstände, mehr oder minder verzerrt, in den gleichen oder complementären Farben im Traume wieder und das traf besonders für die Träume am Morgen vor dem Erwachen zu, oder, wie V. sich ausdrückt, „der Sehapparat reproducirt unmittelbar vor dem Erwachen bis zu einem gewissen Grade den Abends bei dem Einschlafen bestehenden Zustand“.

V. bittet, ihm über gut beobachtete, sowohl Gesichts-, Hant- und Muskel-Empfindungen, als auch andere Träume von psychologischem Interesse Berichte zu schicken. Lamhofer (Leipzig).

407. **Ueber compensatorische Raddrehungen der Augen**; von Dr. Willibald A. Nagel in Freiburg i. Br. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XII. 5 u. 6. p. 331. 1896.)

Die seit John Hunter's vor 100 Jahren erfolgter Veröffentlichung viel umstrittene Frage, ob es eine compensatorische Raddrehung der Augen giebt, hat N. durch Versuche an sich und an verschiedenen Thieren wieder zu beantworten gesucht. Die Versuche wurden ähnlich wie die von Contejean und Delmas 1894 veröffentlichten angestellt, es wurde also der blinde Fleck im Gesichtsfelde dazu verwendet, die Lage des Auges im Kopfe bei Bewegungen festzustellen. Aus der Abhandlung und den Curven ist zu ersehen, dass im Gegensatze zu Contejean und Delmas N. ziemlich bedeutende Raddrehungen des Auges bei den verschiedensten Kopfbewegungen gefunden hat.

Bei seinen Versuchen an Thieren fand N. das Maximum des Betrages der Raddrehungen beim Kaninchen; hier kann sich das Auge um mehr als 90° nm seine Blicklinie drehen.

Lamhofer (Leipzig).

408. **Die Veränderung der Linse bei Traktion der Zonula**; von Dr. A. E. Stadfeldt in Kopenhagen. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 429. 1896.)

St. tritt gegen die Accommodationtheorie von Helmholtz auf, für die von Tscherning ein. Mit dem Tscherning'schen Ophthalmophakometer gemessen betrug der Radius der Vorderfläche von 11 menschlichen Linsen am Lebenden durchschnittlich 10.5 mm, der von 6 herausgenommenen, erschlafften Linsen durchschnittlich 11.4 mm.

Wurden Linsen in einen Korkring eingespannt, so sah St. nach Erschlaffung der Zonula eine Vergrösserung des Radius der Linsenfläche. Genauere Zahlen sind in einer Tabelle angegeben.

Lamhofer (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

409. **Ueber die Verwerthbarkeit postmortaler bakteriologischer Befunde**; von F. Chvostek. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 49. 1896.)

Ch. führt den Nachweis, dass bereits in der Agonie eine Einwanderung von Bakterien aus Darm, Lunge u. s. w. in das Blut stattfindet, dass somit postmortale bakteriologische Befunde in einzelnen Organen keineswegs auf die intravitale Lokalisation dieser Bakterien schliessen lassen, somit auch nicht zum Schlusse auf die Aetiologie einer Erkrankung berechtigen.

Radestock (Dresden).

410. 1) **Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié**; par F. J. Bosc et Marc Blanc. (Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol. VIII. 6. p. 735. 1896.)

2) **Des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement**; par F. J. Bosc et Marc Blanc. (Ibidem p. 723.)

1) B. u. Bl. haben bei der Untersuchung von eingeklemmten menschlichen Hernien und von durch Ligatur abgeschnürten Thierdarmschlingen gefunden, dass das intakte Darmepithel ein undurchbrechbares Hinderniss für die Darmbakterien bildet. Nekrosen der Schleimhaut und Hämorrhagien in und unter sie öffnen aber den Bakterien den Weg zur Serosa. Das am meisten virulente Darmbacterinm ist das Bacterium coli commune, das indess auf seinem Durchtritte durch die Darmwand ein wenig geschwächt zu werden scheint.

Für die praktische Chirurgie ergeben sich hieraus die Folgerungen, dass die Herniotomie der forcirten Reposition von längere Zeit bestehenden Einklemmungen vorzuziehen ist und dass Darmschlingen mit subserösen Blutherden sehr vorsichtig zu behandeln sind.

2) In ihrer 2. Arbeit geben B. u. Bl. mikroskopische Bilder von der Durchwanderung der Darmbakterien durch die durch Druck lädirte Darwandung.

Die Läsionen eingeklemmter Darmstücke bestehen hauptsächlich in Nekrose und Hämorrhagien. Die Nekrose öffnet den Bakterien den Weg durch das sonst unüberschreitbare Epithel, die Hämorrhagie führt eine hyaline Degeneration der submukösen Muskeln herbei und bahnt dadurch den Bakterien einen Weg zum Peritonaeum. Der Bacillus coli communis wirkt ebenso wie seine Toxine vasodilatatorisch und bereitet so das Zustandekommen von Hämorrhagien vor.

Radestock (Dresden).

411. **Ueber die Einwirkung sogen. monochromatischen Lichtes auf die Bakterienentwickelung**; von M. Bock. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 490. 1896.)

Culturen von farbstoffbildenden Bakterien unter *Landolt*'schen Farbfiltern den verschiedenen farbigen Lichtsorten (roth, blau u. s. w.) ausgesetzt, zeigten sich durch keine der farbigen Lichtarten abgetödtet oder in ihrer Entwickelung gehemmt, nur wurden sie in ihrer Farbstoffproduktion beeinflusst. Während diffuses Tageslicht stets das Wachsthum und die Farbstoffentwickelung beförderte, wurde letztere durch Dunkelheit beeinträchtigt. Direktes Sonnenlicht hob sowohl die Farbstoffentwickelung, als das Wachsthum auf; Röntgen's X-Strahlen verhielten sich völlig indifferent.

Radestock (Dresden).

412. **Zur Frage des Selbstschutzes des thierischen Organismus gegen bakterielle Infektionen**; von Dr. A. J. Kondratieff. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 191. 1896.)

Nach mehrfachen missglückten Versuchen schützende Organextrakte gegen die Mäusoseptikämie ausfindig zu machen, wandte sich K. Versuchen mit Tetanusculturen zu. Als Versuchsthiere dienten weisse oder graue Mäuse. K. giebt an, durch ein wässeriges Extrakt der Milz vom Pferde bei höchstens 50% seiner Versuchsthiere deutliche Schutzwirkung erzielt zu haben gegen minimal tödtliche Mengen Tetanusculturen. Seine Vermuthungen in Betreff der Eigenschaften des schützenden Stoffes fasst K. folgendermaassen zusammen: Der Schutzstoff ist ein Bestandtheil der Organzellen und lässt sich wahrscheinlich erst nach deren Zerstörung durch das Wasser extrahiren. In den Organsäften ist er fast gar nicht enthalten. Im Pferdeblutserum findet er sich

in einer unbedentenden Menge, die nur eine Verzögerung des Todeseintrittes der mit Tetanus inficirten Thiere zur Folge hat. Der Stoff gehört nicht zu den Eiweissstoffen, da er nach deren Coagulation bei 60° noch in Lösung bleibt; nach Abscheidung der Eiweissstoffe tritt sogar seine schützende Wirkung noch dentlicher hervor. Niederschläge reissen den Schntzstoff nur znm Theil mechanisch mit nieder; er ist leicht löslich in Wasser und wasserhaltigem Glycerin. Durch wasserfreien Alkohol wird er gefällt; schwache Alkalien verändern den Stoff nicht, wohl aber vernichten schon schwache Säuren seine Wirksamkeit.
H. Dreser (Göttingen).

413. **Ueber das Vorhandensein von baktericiden Stoffen in den Lenkocyten und deren Extraktion**; von Dr. A. Schattenfroh. (Münchener med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.)

S. konnte aus den polynukleären Leukocyten durch Einfrieren und Wiederaufthauenlassen bakterienfeindliche Stoffe gewinnen. Wahrscheinlich werden diese anch von lebenden Leukocyten abgeschieden. Aus unaufgeklärten Ursachen erwiesen sich aber die Extrakte als fast wirkungslos gegenüber dem Choleravibrio. V. Lehmann (Berlin).

414. **Ueber die Beziehnngen der Phagocytose zur Alexinwirkung bei Sprosspilzen und Bakterien**; von A. Schattenfroh. (Arch. f. Hyg. XXVII. 3. p. 234. 1896.)

Wenn man Aufschwemmungen von *Hefe* Versuchsthieren in die Bauchhöhle injicirt, so geht die Hefe in kürzester Zeit durch *Phagocytose* zu Grunde. Die Phagocytose spielt bei der Vernichtung der einzelnen Bakterienarten eine verschieden wichtige Rolle. Sie kommt bei den von S. geprüften *pathogenen Arten* neben der Alexinwirkung gar nicht in Betracht. Ficker (Leipzig).

415. **Mittheilungen über einige Beziehungen der specifischen Antikörper bei Cholera und Typhus zu den specifischen Bakterien**; von R. Peiffer. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XIX. 16. 17. p. 593. 1896.)

Pf. stellt einige kurze Sätze auf als Hauptresultate einer späteren ausführlichen Mittheilung. Ein neuer Beweis für die *Specifität des Cholera-serum* ist darin zu erblicken, dass die in Bouillonverdünnnngen desselben gewachsenen Cholerakeime die specifischen Choleraantikörper zerstören, dass hingegen andere Vibrionenarten in diesem Sernmbouillongemisch wachsen, ohne die Antikörper direkt anzugreifen, vorausgesetzt, dass sich dabei nicht durch Stoffwechselprodukte dieser Vibrionen die Acidität oder Alkalescenz des Nährsubstrates in einer die Antikörper schädigenden Weise ändert. *Ein Maassstab für die Virulenz einer Cholera- oder Typhuscultur* wird ferner dadurch gebildet, dass die specifischen Antikörper im Reagenzglase und im Thierkörper die virulenten Culturen stets (bis nm das Hundertfache) weniger beeinflussen als die avirulenten. Sodann weist Pf. nachdrücklich darauf hin, dass, wenn virulente Choleraculturen verwendet werden, die entwickelungshemmende Wirknng des Choleraserum im Reagenzglase bei Verdünnungen, die sich der unteren Grenze der Wirksamkeit im Thierversuche nähern, unmerklich wird und in solchen Fällen keine Zusammenballung auftritt. Schliesslich betont Pf. nochmals die von ihm längst beschriebene Thatsache, dass auch im normalen Serum verschiedener Thierspecies in *geringer* Menge Stoffe nicht specifischer Natur sich finden, die im Thierorganismns Cholera- und Typhusbacillen auflösen. Da die Wirkung dieser Stoffe einen Vergleich mit derjenigen der specifischen Cholera- und Typhusantikörper in keiner Weise aushält, so ist an der strengen Specifität der letzteren durchaus festzuhalten. Ficker (Leipzig).

416. **Ueber den Einfluss der Toxine von „Streptococcus pyogenes“ und „Bacterium coli commune“ auf den Kreislauf**; von Dr. Johann Raczyński. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 27. 1896.)

Die Ergebnisse der im Krakauer pathologischen Institute angestellten Thierversuche lassen sich in wenigen Sätzen wiedergeben.

Wenige Stunden nach Einverleibung der *Streptokokkentoxine* erweitern sich die peripherischen Gefässe, der Blutdruck sinkt aber nicht, weil das Herz verstärkt arbeitet. Erst nach „mehreren“ Stnnden wird das Herz schwach in Folge von Lähmung des vasomotorischen Centrum und damit geht der Blutdruck herunter.

Die Toxine des *Bacterium coli commune* wirken wesentlich stärker schädigend auf Herz und Gefässe, sie stören die Herzthätigkeit gleich von vornherein und bringen den Blutdruck bald und stark zum Sinken. Dippe.

417. **Beobachtungen über Erysipel-Impfungen am Menschen**; von R. Koch und J. Petruschky. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 477. 1896.)

Die Impfungen, die K. u. P. an inoperablen Carcinomatösen und anderen Kranken mit deren Zustimmung vorgenommen haben, ergaben zunächst, dass die Frage nach der Specifität des Erysipel-Streptococcus gegenüber den Streptokokken der Eiterung im Sinne der Unität zu entscheiden ist; es zeigte sich, dass die für *Kaninchen* zu höchster Virulenz angezüchteten Streptokokken für *Menschen* völlig wirkungslos sind, dass Erysipel beim Menschen auch durch cntane Verimpfung solcher Streptokokken erzeugt werden kann, die von gewöhnlichem (z. B. peritonitischem) Eiter stammen, während die aus Erysipelblasen gewonnenen Streptokokken nicht immer wieder Erysipel erzeugen. Ferner fanden K. u. P. die Widerstandsfähigkeit verschiedener Menschen gegenüber

demselben Streptococcus verschieden. Selbst das mehrfache Ueberstehen leichter Erysipele bewirkte keine Immunität gegen Streptokokken-Infektion. Ferner zeigten sich die bisherigen Antistreptokokkensera therapeutisch als nutzlos. Wenn auch eine aufhaltende Wirkung mehrfacher Streptokokken-Impfungen auf das Fortschreiten des Carcinoms nicht zu verkennen war, so war doch ein sicherer therapeutischer Erfolg nicht zu verzeichnen, was auch mit den Urtheilen anderer Beobachter übereinstimmt. Radestock (Dresden).

418. **Kritische Studien und experimentelle Untersuchungen über die Bakterien der hämorrhagischen Septikämie und die durch sie bewirkten Krankheitsformen;** von Dr. O. Voges. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 149. 1896.)

Die von Hüppe für die hämorrhagische Septikämie verantwortlich gemachte Bakteriengruppe umfasst die Erreger der Schweineseuche, der Wild- und Rinderseuche, der Kaninchenseptikämie, der Geflügelcholera und einiger anderer ähnlicher infektiöser Thierkrankheiten. Verschiedene Forscher haben angenommen, dass es sich hier um getrennte Bakterienarten handelt, namentlich sollten die Erreger der deutschen und der amerikanischen Schweineseuche von einander verschieden sein. V. ist dagegen der Ansicht, dass durchgreifende Unterschiede nicht bestehen, und dass es sich um einen einheitlichen Erreger handelt. Die Wachsthumsverschiedenheiten lassen sich auf Degeneration zurückführen, der Umstand, dass bei der deutschen Schweineseuche die pectorale, bei der amerikanischen die intestinale Form der Erkrankung vorherrscht, findet seine Erklärung in der verschiedenen, durch die Züchtung bedingten Disposition der Schweinerassen, und auch die Unterschiede in der Infektiontüchtigkeit für andere Thierarten sind nicht maassgebend. Die Virulenz dieser Bakterien schwankt in sehr weiten Grenzen, und es gelang V., Keime von geringer Wirksamkeit zu solchen von maximalster Virulenz heranzuzüchten. Nur der eine Punkt, dass einzelne Arten beweglich sind, andere nicht, gestattet vielleicht eine Trennung.

Der zweite Theil der interessanten Arbeit behandelt die Immunität. Es lag die Möglichkeit vor, die Frage, ob es sich um einen einheitlichen oder um verschiedene Krankheiterreger handelt, dadurch zu lösen, dass man Thiere gegen die verschiedenen Bakterien der hämorrhagischen Septikämie immunisirte, und dann die specifische Reaktion ihres Blutserum zur Differenzirung der verwandten Arten benutzte. Vielleicht liess sich auch ein praktisch brauchbares Heil- oder Schutzserum gewinnen. Auch bei diesen Versuchen zeigten sich bedeutende Unterschiede in der Virulenz, zugleich aber ergab es sich, dass zwischen der Virulenz und zwischen der Giftigkeit einer Cultur nur ein sehr loses Verhältniss besteht; selbst Culturen, die so wenig virulent waren, dass sie eine Infektion beim Meerschweinchen nicht mehr hervorriefen, konnten diese Thiere noch durch Intoxikation tödten, Culturen verwandter Arten, deren Virulenz gleich war, zeigten ganz verschiedene Giftigkeit, und den Aenderungen der Virulenz einer Art folgte durchaus keine Veränderung in der Giftigkeit. Zur Art-Differenzirung lässt sich die Giftigkeit nicht benutzen, da ihre Bedingungen noch zu wenig bekannt sind. Die Toxine sind nicht, wie beim Diphtherie- und Tetanusbacillus, leicht im Nährboden löslich, sondern intracellulär gebunden, und werden erst beim Zerfall der Bakterienzelle frei.

Bei den Immunisirungversuchen ergab es sich nun, dass das Serum normaler Meerschweinchen, noch mehr das anderer Thierarten, ausgesprochen baktericide Eigenschaften, in geringerem Grade auch antitoxische Eigenschaften gegenüber den Erregern der Schweineseuche hat. Eine echte andauernde Immunität liess sich bei den geimpften Thieren nicht erzielen, eine *Giftimmunität* wurde von ihnen überhaupt nicht erworben, sondern nur eine erhöhte Widerstandsfähigkeit gegen die *Infektion*, d. h. die Vermehrung der eingedrungenen Keime im Körper wurde gehindert, und Dosen lebendiger Bakterien, die unterhalb der tödtlichen Giftgrenze lagen, wurden vertragen; wurde aber bei der Injektion die für die Controlthiere tödtliche Giftmenge überschritten, so erfolgte auch bei den immunisirten Thieren der Tod. Schutzkörper, die sich im Serum auf andere Thiere übertragen lassen und diese immunisiren, werden nicht gebildet, sondern es kommt nur die Wirkung des normalen Serum ohne Andeutung irgend welcher specifischen Wirksamkeit zum Ausdrucke. Es kommt daher nur zu einer vorübergehenden Erhöhung der Resistenz des Körpers, nicht zu einer echten andauernden Immunität, doch will V. das Vorkommen von schwachen Graden einer solchen nicht ausschliessen, bevor er Versuche an Schweinen selbst gemacht hat.

Die Hoffnung, mittels der Immunität die Frage nach der Identität der verschiedenen Bakteriengattungen zu lösen, und die auf Gewinnung eines Schutzserum hat sich daher nicht erfüllt; Pasteur, der gerade bei der Hühnercholera die erste bakterielle Schutzimpfung angab, hat sich von den Resistenzerscheinungen täuschen lassen, die damals von der Immunität noch nicht genügend getrennt wurden. Woltemas (Diepholz).

419. **Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale;** par H. J. Hamburger, Utrecht. (Revue de Méd. XVI. 12. p. 1008. 1896.)

Die den Praktikern geläufige Erfahrung, dass Compression des Leibes die Resorption eines in der Bauchhöhle befindlichen Ergusses befördert, regte H. zur physiologischen Ergründung dieses Vorganges durch Thierexperimente an, wobei er zwei Verfahren gebrauchte. Das eine bestand darin,

dass er den auf den Rücken gelegten Kaninchen in der vorderen Bauchwand eine Kanüle luftdicht befestigte und auf diese einen Gummischlauch zog, der zu einem in bestimmter Höhe befestigten Glastrichter führte. Am Fusse des Trichters befand sich eine Marke, bis zu der das Niveau der in die Bauchhöhle einlaufenden Flüssigkeit (NaCl-Lösung) reichte. Eingetretene Resorption zeigte sich durch Sinken des Niveaus an; die resorbirte Menge war gleich dem bis zur Höhe der Marke nachzuschüttenden Flüssigkeitquantum. Der intraabdominale Druck wurde durch Heben des Trichters gesteigert; auf den Bauchdecken befestigte Metallpelotten verhüteten das Ausweichen ersterer. Vor Anlegung des Apparates hatte H. die Unterbindung des Ductus thoracicus vorgenommen.

Die zweite, einfachere Methode bestand darin, den Versuchsthieren eine abgemessene Menge Flüssigkeit in die Bauchhöhle einzuführen und daselbst eine gewisse Zeit lang einem gewissen Drucke auszusetzen, alsdann das Thier aufzurichten und durch Messung der aus der nunmehr zu eröffnenden Bauchhöhle abfliessenden Residualflüssigkeit das resorbirte Quantum zu bestimmen. Beide Methoden lieferten gleiche Resultate. Sehr hoher Druck nöthigte stets in Folge maximalen Hochstandes des Zwerchfells zur Vornahme künstlicher Athmung.

H. hat auf diese Weise festgestellt, dass, wenn der Druck von 2 auf 9 cm (Flüssigkeitssäule) stieg, sich die Lebhaftigkeit der Resorption verdoppelt hatte; bei einem Drucke von 9—14 cm war die Resorption zwar noch lebhaft, aber etwas geringer wie beim vorigen Drucke; bei 14—20 cm Druck war sie noch geringer, bei sehr hohem Drucke von 20—30 cm war die Resorption am schwächsten, ziemlich gleich Null.

In Folge der Unterbindung des Ductus thoracicus war ein Mitarbeiten der Lymphgefässe ausgeschlossen; somit konnte H. vermuthen, dass der Uebergang der Flüssigkeit in die Capillaren hauptsächlich durch den hydrostatischen Druck erfolgte. Deshalb untersuchte H. weiterhin den Einfluss des intraabdominalen Druckes auf den arteriellen Druck der Versuchsthiere, von deren Carotiden er sphygmographische Curven aufnahm: Bei mässigem und bei mittelstarkem intraabdominalen Drucke nahm die arterielle Spannung zu, bei hohem und bei höchstem sank dagegen der arterielle Druck, sobald nämlich die compensatorische Kraft des Herzmuskels sich gegenüber dem intraabdominalen Drucke erschöpft hatte.

Auf Grund dieser Resultate erklärt H. den Vorgang der Resorption für einen hydrostatischen Process im Gegensatze zu Heidenhain-Orlow, die darin einen vitalen Vorgang suchten.

Für die Praxis entnahm H. aus seinen Experimenten die Lehre, von prallen Ergüssen in der Bauchhöhle nur einen Theil abzuzapfen, dann wird der Rest sehr rasch resorbirt werden.

Radestock (Dresden).

420. Mittheilung über 2 Fälle von congenitaler Nierenverlagerung; von Dr. E. Schwalbe in Heidelberg. (Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 414. 1896.)

I. 52jähr. Mann. Beide Nebennieren normal gelagert. Rechte Niere derartig mit der linken verwachsen, dass die Verwachsungstelle etwa der normalen Lage des linken unteren Nierenrandes entsprach, die rechte Niere aber vor der linken Synchondrosis sacroiliaca lag. Jede Niere hatte je 2 Arterien, beide zeigten Formanomalien; der linke Ureter verlief vorn über die Verwachsungstelle hinweg, der rechte schien (soweit aus der Beschreibung ersichtlich) gleichfalls vorn zu verlaufen, das rechte Nierenbecken lag nach vorn oben. Normale Mündung der Ureteren in die Blase.

II. 28jähr. Mann. Nebennieren beiderseits normal gelagert, linke Niere desgleichen. Die rechte Niere lag als unförmlicher Ballen, das Nierenbecken nach vorn, vor der rechten Synchondrosis sacroiliaca; ihr Ureter war zu lang und bildete daher vor der Einmündung in die Blase eine Schleife; er entsprang aus der Niere an 3 verschiedenen Stellen, ein normaler Hilus bestand nicht. Die rechte Niere hatte 2 Arterien, die beide in der nächsten Nähe der Aortentheilung entsprangen.

Schw. giebt der Mittheilung einige theoretische Erörterungen über die anatomischen und klinischen Fragen bei, die nichts wesentlich Neues enthalten.

Beneke (Braunschweig).

421. Ueber die von abgesprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste; von Dr. Gerolamo Gatti in Turin. (Virchow's Arch. CXLIV. 3. p. 467. 1896.)

62jähr. Frau; vor 8 Jahren Sturz auf die rechte Lendengegend; seit 2 Jahren Schmerzen unter dem rechten Rippenbogen; während eines Jahres abwechselnd starke Hämaturie und normale Harnentleerung. Allmählich bemerkbare Geschwulst in der rechten Nierengegend. Der herausgenommene Tumor stellte die rechte, durch eine Neubildung auf das $2^1/_2$fache vergrösserte Niere dar. Das Nierengewebe war meist zur flachen Kapsel verdünnt. Der Tumor bestand aus zahlreichen, durch ödematöses Stroma getrennten graurothen, schwefelgelben oder tief hämorrhagisch verfärbten Knoten bis zu Haselnussgrösse, zum Theil mit porösem Bau.

Mikroskopisch fand sich in den Knoten ein charakteristisches Stroma aus weiten zartwandigen Capillaren. Es trennte alveoläre Zellenhaufen, die nur sehr selten in doppelten Zellenreihen angeordnet waren, und deren Zellen sich von den schmalen Gefässendothelien durch die polygonale Form, ihre dunklere Zellenmembran, breites, sehr helles körniges Protoplasma und einen runden Kern mit Kernkörperchen unterschieden. Nirgends bestanden Uebergänge dieser Zellen in die Endothelien, oder in die Formen der Nierenepithelien. Die Geschwulstzellen enthielten Fett, Glykogen, Lecithin; sie hatten eine grosse Neigung, von einer Stelle im Protoplasma aus bläschenförmig zu degeneriren, bis zu völligem Untergang; auf diese Weise konnten ganze Alveolen destruirt werden, wodurch das poröse Aussehen der Tumoren entstand. Niemals fanden sich Riesenzellen (wie Lubarsch sie beschrieb).

Der Tumor hatte einen Stiel nach dem Nierenhilus zu, in dem eigenthümliche, den Uterusdrüsen ähnliche Drüsenschläuche vorkamen; G. deutet sie als teratologische Gebilde.

Die Deutung der ganzen Geschwulst wird von G. im Sinne von Grawitz, nämlich als bösartige Wucherung in die Niere versprengter Nebennierenkeime durchgeführt. Hauptsächlich benutzt G. seinen Fall zu längerer, wohl berechtigter Polemik gegen die Arbeit Sudeck's, der die Versprengungs-

theorie ablehnte, und gegen die von Driessen und Hildebrandt vertretene Anschauung, dass derartige Tumoren bösartige Endotheliome seien.

Beneke (Braunschweig).

422. **Malignant papilliferous cyst-adenoma of the kidney**; by T. N. Kelynack. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 236. 1896.)

Der Tumor, der den Tod einer 32jähr. Frau verursacht hatte, war in die Nierenvene gewuchert und hatte Lebermetastasen verursacht, die denselben mikroskopischen Befund zeigten wie der Nierentumor. Die adenoiden Cysten waren mit einer einfachen Lage typischen cylindrischen Epithels ausgekleidet; die Mehrzahl der Cysten war von papillären Wucherungen und von Blut erfüllt, weshalb K. den Tumor als bösartiges papilläres Cystadenom der Niere bezeichnet.

Radesteck (Dresden).

423. **Zur Casuistik der Mesenterialgeschwülste**; von Dr. Grüneberg. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 24. 1896.)

Bei einem 8jähr., bisher gesunden Mädchen, aus gesunder Familie, hatte sich allmählich ein etwa kindskopfgrosser Tumor hauptsächlich in der rechten Bauchseite entwickelt. Auf Druck vollkommen unempfindlich, zeigte die Geschwulst überall gedämpften Schall und Fluktuation, sie konnte von allen Seiten umgriffen, nach allen Seiten ausgiebig verschoben werden. Lungen und Herz waren gesund, Urin gut; kein Fieber.

Bei der Laparotomie erwies sich der Tumor als ein tuberkulöser Mesenterialdrüsenabscess. Der Versuch, ihn aus dem Mesenterium auszulösen, gelang zum grössten Theile bei mässiger Blutung ohne Schwierigkeit, bis plötzlich an einer dünnen Stelle die Kapsel einriss, und sich ein grosser Strom nicht riechenden Eiters aus dem Sacke ergoss. Nach Entfernung des Haupttumor zeigte sich noch eine Reihe kleinerer vereiterter Drüsen, die nur zum Theil mit entfernt werden konnten. Der Ausgang war ein ungünstiger, am Abend des 3. Tages nach der Operation trat der Tod ein.

Gr. hebt als bemerkenswerth die Grösse der tuberkulösen Geschwulst und die nur auf das Mesenterium beschränkte Tuberkulose hervor; alle übrigen Organe waren frei. Ein Darmgeschwür, dessen Narbe sich bei der Sektion an der Grenze von Jejunum zu Ileum fand, mag die Eingangspforte für die tuberkulose Infektion der Drüsen gebildet haben. Auffallenderweise fehlten Schmerzen vollkommen, auch Störungen von Seiten des Magendarmkanals sollen nur vorübergehend bestanden haben.

Patzki (Leipzig).

424. **A tumor (haemorrhagic adeno-chondrosarcoma) of the anterior mediastinum arising from the thymus gland**; by H. D. Rolleston. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 228. 1896.)

Der umfangreiche Tumor hatte den Tod eines 20jähr. Mannes herbeigeführt. Mikroskopisch zeigte er stellenweise epitheliale, stellenweise sarkomatöse Bestandtheile. Hassal's concentrische Körperchen waren nicht aufzufinden. Die typisch geordneten epithelialen Theile zeigten deutliche Drüsengänge, die sarkomatösen schlossen Blutungen, sowie stellenweise Knorpel ein, den R. für den embryonalen Rest eines accessorischen Bronchus ansah. Diese Geschwulst fasst R. als ein von der Thymus ausgehendes Cystoadenosarkom auf.

Radestock (Dresden).

425. **Beitrag zur Lehre vom „malignen Deciduom"**; von Dr. Julius Neumann. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 5. p. 387. 1896.)

N. theilt in ausführlicher Weise mehrere eigene Beobachtungen mit. In 3 Fällen handelte es sich um Eireste, die nach beendigter Schwangerschaft zurückgeblieben waren. In den anatomischen Verhältnissen trat ein deutlicher Unterschied zu Tage: in zwei Fällen maligne Neubildung, ausgehend von den Zottenepithelien, Zerstörung der Mucosa und Muscularis, Metastasenbildung; in dem anderen degenerative Veränderungen der Eiresto, so dass diese eben noch differenzirbar waren. An die maligne Neubildung schliesst sich ein im Wesentlichen analoger Fall von Blasenmole an. In beiden Fällen war es zur Zerstörung der Serotina gekommen und die epithelialen Elemente der Chorionzotten durchdrangen schrankenlos die Gewebe, allerdings in einer ganz eigenen Art und nicht entsprechend den Kenntnissen über das Wachsthum der atypischen epithelialen Geschwülste.

Die Eigenheiten der hier in Betracht kommenden Zellengattungen bezüglich ihres Wachsthums in fremdartigem Gewebe fasst N. in Folgendem zusammen: Beide Zellensorten veranlassen miteinander innig verschmolzene Wucherungen, in denen das Syncytium die Ektodermzellen als Balkengerüste durchzieht. Beim Eindringen in die Muscularis tritt jedoch die Eigenart der beiden Elemente zu Tage. Das Syncytium wächst meist entlang den Saftlücken und Spalten zwischen den Muskelfasern selbst bis in die Blutgefässe. Die Ektodermzellen aber wachsen in der, malignen epithelialen Wucherungen typischen Weise, indem sie in grossen Gruppen, nach Art eines Carcinoms, das Gewebe durchsetzen. Von grosser Wichtigkeit ist ferner das Einwachsen der Chorionzotten in die Gefässe. Dieser Umstand und die Eigenart des Syncytium, auch selbständig bis in die Gefässe zu wuchern, erklärt die merkwürdige Thatsache, dass eine maligne epitheliale Geschwulst sich nach Art eines Sarkoms im Körper verbreitet. Da die Chorionzotten bei der Blasenmole oft ein ausserordentliches Wachsthum zeigen und ihre epithelialen Elemente in starker Wucherung begriffen sind, so erscheint es nach N. erklärlich, dass diese malignen Neubildungen gerade bei der Blasenmole so häufig angetroffen werden.

Auch N. sieht sämmtliche Fälle von sogenanntem Deciduom, sowie von maligner Blasenmole als einheitlich an. Das Wesen dieser Geschwülste besteht nach ihm in der malignen Degeneration des Syncytium und der Zellen des fötalen Ektoderms. Die Stellung der besprochenen Geschwulstform zu den malignen Neubildungen charakterisirt er mit folgenden Worten: „Die Geschwulst, histogenetisch zu den Carcinomen gehörig, im Wachsthum theilweise den Sarkomen entsprechend, stellt vielmehr eine ganz eigenartige Bildung dar und beansprucht somit eine Sonderstellung".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

426. **Ueber einen Fall von „decidualer Geschwulst"**; von Dr. Karl Aczél in Budapest. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 5. p. 413. 1896.)

Eine 22jähr. Frau, die an „Lungenschwindsucht und Fibrom des Uterus“ im allgemeinen Krankenhaus zu Budapest behandelt werden war, kam zur *Sektion*, wobei sich herausstellte, dass die Lungenerscheinungen durch Geschwulstmetastasen hervorgerufen werden waren. Der primäre Tumor sass in dem bedeutend vergrösserten Uterus. Im Fundus uteri hinten eben links war die Wand von der Schleimhautfläche her in der Ausdehnung einer halben Nuss geschwürig zerfallen; diesem Geschwüre entsprechend war der Bauchfellüberzug hügelig emporgehoben. In der Cervix ein hasel- und ein wallnussgrosser derber Knoten. Der primäre, im Uterus sitzende Knoten ging der klinischen Beobachtung nach sicher aus Placentagewebe hervor. Mikroskopisch fand sich stellenweise eine Zellenanordnung, die deutlich Zottenstruktur verrieth. Auf der Schnittfläche der metastatischen Knoten waren gelbe Gebilde zu bemerken, in deren hyalinem Grundgewebe zahlreiche Bluträume, sowie ausgebreitete Hämorrhagien hervortraten.

A. rechnet die von ihm beobachtete deciduale Geschwulst zur Gruppe der bindegewebigen Geschwülste, also zur Sarkomgruppe.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

427. **Ein neuer Fall von bösartigem Tumor der Chorionzotten**; von Prof. Runge in Göttingen. (Arch. f. Gynäkol. LI. 1. p. 185. 1896.)

Bei einer Frau, die vor 3 Jahren zuletzt geboren hatte, deren Menses im letzten Jahre nie ausgeblieben waren und die seit 5 Mon. in unregelmässigen Zwischenzeiten blutete, wurde ein Uterus mit erangengrossem Tumor der hinteren Wand und kleineren Tumoren des Endometrium entfernt. Der grössere Tumor erwies sich (Ascheff) als Cheriencarcinom. Im Uterus fanden sich nekrotische Reste von Cheriengewebe und Theile einer Blasenmole. [Der Befund ist um so bemerkenswerther, als klinisch Verdacht auf Abort nicht vergelegen hatte. Ref.]

Broein (Dresden).

428. **Sur l'origine de la graisse dans les processus dégénératifs**; par le Dr. Tito Carbone. (Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 279. 1896.)

Es ist fast allgemein angenommen, dass das bei degenerativen Vorgängen auftretende Fett aus Eiweiss entsteht. Ein Beispiel dafür bildet die Fettbildung in der Leber bei Phosphorvergiftung. Man hat hier als Zwischenprodukt zwischen Eiweiss und Fett das Lecithin angenommen. Während aber einige Untersucher in der Phosphorleber eben so viel Lecithin fanden, wie in der normalen, fanden andere mehr, andere weniger.

C. fand bei Hunden im ersten Stadium der Phosphorvergiftung oder, bei geringer Phosphordosis, auch in späteren Stadien, den procentischen Lecithingehalt der Leber eben so hoch oder höher als normal. Er folgert, dass wahrscheinlich Lecithinneubildung stattgefunden hat. Bei Ligatur eines Astes der Nierenarterie treten in dem anämisirten Bezirke Fetttropfen auf. Bei 2 derartigen Versuchen konnte C. in der Niere vermehrten Lecithingehalt nachweisen. V. Lehmann (Berlin).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

429. **Ueber den Einfluss der Schilddrüsenpräparate auf die Stickstoffausscheidung im Harne**; von Dr. Robert David. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 439. 1896.)

D. hat an Menschen die Stickstoffausscheidung im Harne nach Gebrauch von Thyreoidin und von Thyrojodin untersucht. Sie nahm dabei meist beträchtlich zu, bis zum Doppelten der Norm; die Zunahme hielt auch nach Aussetzen des Mittels oft noch an, um dann plötzlich zu sinken. Die Diurese ist meist etwas vermehrt. Das Körpergewicht sinkt. Die Harnsäureausscheidung wird nicht beeinflusst.

Der einzige Kr., der darauf untersucht wurde, zeigte eine Vermehrung der Phosphorsäureausscheidung.

Ein Unterschied zwischen der Wirkung des Thyreoidins und des Thyrojodins war nicht ersichtlich. V. Lehmann (Berlin).

430. **Stoffwechseluntersuchung bei einem mit „Jodothyrin“ (Thyrojodin) behandelten Falle von Myxödem und Mittheilung einiger Thierversuche mit Jodothyrin (Thyrojodin)**; von Dr. G. Treupel. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 38. 1896.)

Bei der Behandlung eines leichten Myxödems mit Jodothyrin fand Tr., anderen Untersuchungen entsprechend, den Gesammtumsatz des Körpers erhöht, das Gewicht durch Wasser-, Stickstoff- und Fettverlust vermindert. Die Wirkung ist eine cumulative und hält eine Reihe von Wochen vor.

Bei Fröschen erwies sich Jodothyrin als ungiftig. In den winzigen Froschschilddrüsen konnte sehr deutlich Jod nachgewiesen werden. Kaninchen, die mit Jodothyrin gefüttert waren, zeigten in ihren Organen keinen oder nur sehr geringen Jodgehalt. Ein Hund, dem (irrthümlicher Weise) die Thymusdrüse exstirpirt war, zeigte am 42. Tage danach einen heftigen Krampfanfall. Nach Jodothyrin erholte er sich. Die Anfälle wiederholten sich mehrmals und wurden jedesmal durch Jodothyrin gehoben. Sechs Wochen nach der letzten Jodothyrindarreichung ging das Thier in einem Anfalle zu Grunde. V. Lehmann (Berlin).

431. **Klinische Erfahrungen über den Harnstoff als Diureticum**; von Dr. Siegmund Kohn. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 395. 1896.)

K. hat in Fällen von Ascites durch Lebercirrhose, von Pleuritis, Perikarditis, Herzfehler, Ascites mit Anasarka bei Ovarialcarcinom u. s. w. die diuretische Wirksamkeit des Harnstoffes untersucht und mit der Wirkung von Digitalis, Natrium salicylicum, Calomel, Inf. Petroselini, Diuretin verglichen. Beschwerden wurden durch den Harnstoff nicht verursacht.

Von den 10 Fällen bewährte sich in dreien der Harnstoff als gutes Diureticum, in den anderen Fällen schienen die anderen Mittel eben so viel oder mehr zu leisten. V. Lehmann (Berlin).

432. **Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Abführmitteln bei Galleabwesenheit im Darme**; von E. Stadelmann. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 4 u. 5. p. 352. 1896.)

Buchheim und seine Schüler ermittelten zuerst eine pharmakologische Thatsache, die auch das Interesse des praktischen Mediciners in hohem Maasse verdient, dass nämlich bei vielen Abführmitteln die Gegenwart von Galle im Darme zu ihrer Wirkung nothwendig ist. Wir haben es bei verschiedenen Formen von Ikterus, besonders beim katarrhalischen Ikterus, mit lebhaften Verdauungsstörungen zu thun, Obstipation ist da durchaus nicht selten, und die Frage, welche Abführmittel unter diesen Umständen wirksam sind, hat lebhaftes praktisches Interesse.

Um den Einfluss der Mitwirkung der Galle festzustellen, wurde an Hunden mit completer und permanenter Gallenfistel (Unterbindnng und Resektion eines möglichst grossen Stückes des Ductus choledochus) experimentirt. Dose und Wirkung der zu untersuchenden Stoffe wurden zuerst an einem Controlthiere ausprobirt und dann dem Gallenfistelhunde gegeben.

Nach St.'s Experimenten *wirkten bei Galleabwesenheit im Darme gar nicht*, bez. abgeschwächt: *Podophyllin, Podophyllotoxin, Gutti-Natron, Jalapenharz, Convolvulin, Scammoniumharz, Extract. Rhei, Cathartinsäure, Podophyllotoxinseife, Convolvulinseife, Scammoniumseife, Cathartinseife.* Mit gallensaurem Natron zusammen gegeben war unwirksam Podophyllotoxin.

Dagegen zeigen *trotz Galleabwesenheit im Darme ungeminderte* oder nur leicht abgeschwächte *Wirkung: Calomel, Extract. Aloës, Aloin, Gummi-Gutti, convolvulinsaures Natron, jalapinsaures Natron, Sennesblätter, Jalapenseife.* Zusammen *mit gallensauren Salzen gegeben* waren *wirksam: Convolvulin* und *Cathartinsäure.* H. Dreser (Göttingen).

433. **Le sulfate de soude à faibles doses comme hémostatique**; par le Prof. Jacques-L. Reverdin. (Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 1. 1897.)

R. führt einige Beispiele dafür an, dass das Natrium sulfuricnm in kleinen Gaben (zu 0.1 cg stündlich) bei Blutungen, namentlich auch bei Lungenblutungen günstig wirkt.

Bei Thieren befördert das Mittel, in den Magen gegeben oder in die Venen gespritzt, die Blutgerinnung deutlich. Bei Einspritzungen unter die Haut bleibt diese Wirkung aus. Dippe.

434. **Ueber Halogeneiweissderivate und ihr physiologisches Verhalten**; von Dr. F. Blum. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45. 1896.)

Bei der Einwirkung von Jod, Brom oder Chlor auf feuchtes Eiweiss in der Kälte oder mässiger Wärme entstehen theils die Halogenwasserstoffsäuren, theils mehr oder weniger fest gebundene Halogeneiweisse. Die Halogeneiweisse wurden aus Albumosen und aus Protogen gewonnen.

Das Jodeiweiss (als vielleicht dem Jodothyrin nahestehende Verbindung) wurde bei Kröpfen, bei Tetanie und bei Myxödem geprüft und beeinflusste diese Zustände deutlich. Die Bromverbindung wurde mit Erfolg bei Epilepsie versucht.

Das Chloreiweiss wurde bei Catarrhus und Carcinoma ventriculi angewandt; es liess sich eine Verbesserung des Allgemeinbefindens und der Magenbeschwerden feststellen.

V. Lehmann (Berlin).

435. **Ueber die psychischen Wirkungen des Broms**; von Arnold Loewald. (Psycholog. Arbeiten, herausgegeben von E. Kräpelin. Leipzig 1896. I. 4. p. 489.)

Die psychologischen Versuche L.'s ergaben eine gute Uebereinstimmung der experimentellen Ergebnisse und der klinischen Erfahrungen. Bestätigt wnrde zunächst die Erfahrung, dass das Brom *specifisch* wirkt, da es eine ganze Reihe von untersuchten Zuständen und Vorgängen unbeeinflusst liess, während es zu gleicher Zeit nach anderen Richtungen hin ganz zweifellos wirkte. *Nicht nachweisbar* war eine Bromwirkung bei dem mechanischen Associationvorgange des Addirens, bei der centralen Auslösung von Bewegungsvorgängen, beim Ablaufe der Muskelbewegung und bei den centralen motorischen Erregungen nach körperlicher Anstrengung. *Nachweisbar* war der Brom-Einfluss beim Auswendiglernen von Zahlenreihen, das deutlich *erschwert* schien (und vielleicht beim Studium der Auffassungsfähigkeit), durch die *Erleichterung* des Lernens von sinnlosen Silben, durch die *Erhöhung* der Leistung beim Lernen von Zahlen wie von Silben, sobald eine starke Erschwerung der Arbeit durch ablenkende Störungen vorausgegangen war, und durch eine *Beschleunigung* der Sprachgeschwindigkeit beim Silbenlernen mit oder ohne voraufgehende Störung. Die zuletzt genannten Thatsachen denten darauf hin, dass das Brom im Stande ist, mit Unlustgefühlen verbundene innere Hindernisse zu beseitigen, die in den Experimenten durch gleichzeitige ablenkende Einwirkungen und durch widerwillig gelöste Aufgaben dargestellt wurden.

Lührmann (Dresden).

436. **Des applications de l'acide picrique à la thérapeutique des brûlures, kératogénèse et kératoplastie**; par Thiéry. (Gaz. des Hôp. LXIX. 8. 1896.)

Seit 10 Jahren wendet Th. die *Pikrinsäure* mit stets gleichem, gutem Erfolg bei Verbrennungen an und hält sie hier *für das beste und am schnellsten wirkende Mittel, das es überhaupt giebt.* Zunächst weist Th. den Vorwurf der Explosivität als unbegründet zurück, weil nur den Salzen diese

Eigenschaft zukommt. Eben so wenig sei bei den für die Therapie nöthigen Gaben eine Vergiftung zu fürchten, und gegen eine solche aus Irrthum oder verbrecherischer Absicht schütze schon die starke Bitterkeit dieser Salze, ihre starke Färbkraft und Schwerlöslichkeit in Wasser.

Th. hat, besonders bei Kindern, nach Auflegen von in Pikrinsäure-Lösung (kalter Sättigung) getauchten Compressen auf weitverbreitete Brandwunden nie einen Nachtheil gesehen, obgleich die Resorptionflächen so gross waren, dass in 3 Fällen ikterische Färbung der Conjunctiva palpebrae eingetreten war; eben so wenig bei einer Hydrocele, wo 60—80 g gesättigter Lösung eingespritzt worden waren; kurz die Pikrinsäure ist nach Th. ein durchaus unschädliches Topicum, wie ihm dies nun fast 100 Fälle bewiesen haben. Werden doch auch innerlich Tagesgaben von 10 cg, trotz hierbei entstehender gelblicher Färbung, ohne allen Nachtheil ertragen.

Art der Wirkung. Während die Mehrzahl der Antiseptica (Phenol, Salicylsäure, Sublimat) in concentrirter Lösung oxydirend und keratolytisch wirken und eine Ueberhornung der Fleischwärzchen nicht durch, sondern trotz Anwendung dieser Mittel zu Stande kommt, wirken einige Stoffe, Pyrogallussäure, wahrscheinlich auch Ichthyol und Thiol, vor Allem aber die Pikrinsäure keratoplastisch und es ist daher eine richtige Wahl der Verbandmittel von grösster Wichtigkeit.

Aber auch die keratoplastischen Mittel sind in dieser Wirkung insoweit eingeschränkt, als sie bis zu einem gewissen Grade ein Verbleiben von Epithelresten (oder künstliche Aufpflanzung von dergleichen) voraussetzen; dabei sind sie jedoch in einer Weise anzuwenden, dass das Trocknen des Verbandes möglichst begünstigt wird. (Th. hatte zu solchem Zwecke anfänglich die Pikrinsäure in Pulverform aufgepudert, räth aber, nachdem er bei einem grossen Schenkelgeschwür nach solcher Anwendung ein sich weit verbreitendes, übrigens ohne sonstige Störung verlaufenes Erythem bekommen hatte, hiervon ab und empfiehlt, nur die concentrirte, d. h. kaltgesättigte Lösung zu gebrauchen.) Dass Deroubaix mit der Pikrinsäure so schlechte Erfahrung gemacht, hat nach Th. nur in technischen Fehlern, bez. darin seinen Grund, dass er sie in permanent feuchtem, daher keratolytischem Verbande angewendet hat; derartige Verbände aber, zu denen auch die Salben, Pomaden, Linimenta oleo-calcaria, sowie die Bäder gehören, sind, weil sie eben eine Maceration bewirken, für Brandwunden die allerschlechtesten. Diese Maceration fällt weg bei einem austrocknenden Pikrinsäure-Verband; es tritt vielmehr, wo es sich um Verbrennungen 1. Grades handelt, eine stets günstige, überraschend schnelle, besonders auch die Schmerzen rasch mindernde Wirkung ein. Die Pikrinsäure wirkt hierbei je nach dem Grade der Verbrennung auf dreierlei Weise: sie wirkt erhärtend auf das Gewebe und erhält wenigstens einige Zeit die Hornhautschicht; sie befördert die Aufsaugung der abgesonderten Flüssigkeit und heftet die Hornhautschicht an das unterliegende Stratum an, wie man dies auch am Leichnam beobachtet; sie befördert endlich die Hornwucherung in diesem Lager. Bei schon beginnender Blasenbildung wird die Ausbreitung des Serum verhindert, dieses verdickt und die Hyperplasie befördert. Eine solche Hyperplasie tritt unter Pikrinsäure-Behandlung auch noch bei schwereren Graden der Verbrennung an den Stellen ein, an denen sich noch Epidermisreste befinden, ja selbst dünne, oberflächlich der Haut aufliegende Schorfe werden gleichfalls noch zur Hornhautbildung befähigt. Gegenüber den Vernarbungen von mit anderen Verbandmitteln behandelten Verbrennungen desselben Grades, tritt unter Pikrinsäure-Behandlung eine nur oberflächliche und sich nicht oder nur wenig contrahirende Vernarbung ein. Bäder hat man hierbei während der Bildung der jungen Oberhaut zu vermeiden.

Th. empfiehlt, die Pikrinsäure nicht nur als das beste, sondern auch als das billigste Mittel (4 Mk. pro Kilogramm) in allen Anstalten, in denen sich Verbrennungen leicht ereignen, in gesättigter Lösung bereit zu halten.

Technik. Th. räth, die Pikrinsäure-Lösung, 12 g : 1 Liter (was einer kaltgesättigten Lösung entspricht), heiss zu bereiten und erkalten zu lassen. Ist die Wunde bereits mit Salben behandelt worden, so hat man diese mittels warmen Wassers, selbst Seifenwassers, zuvor gänzlich zu entfernen; noch nicht behandelte Wunden sind, wenn an den Enden der Extremitäten befindlich, in ein kaltes oder warmes Pikrinsäure-Bad obiger Concentration zu bringen, 5—10 Minuten darin zu lassen und beim Herausnehmen mit hydrophiler Watte zu bedecken, wofern die Epidermis noch unverletzt ist, anderenfalls ist aber vorher sterilisirte Gaze aufzulegen, um das Ankleben der Watte zu hindern. Sind Bäder nicht möglich, so ist das für andere Körpertheile (Rumpf, Hals u. s. w.) einzuschlagende Verfahren anzuwenden, nämlich mit Pikrinsäure getränkte Compressen, die mit hydrophiler Watte bedeckt werden. *Das Zwischenlegen von Taffet oder dergleichen luftdichten Stoffen zwischen Compresse und Watte ist durchaus zu vermeiden*, weil solches das Trockenwerden des Verbandes hindern und durch erfolgende Maceration die Heilwirkung der Pikrinsäure schwer beeinträchtigen würde. Der Verband soll nur selten, anfangs etwa aller 3 Tage, und noch seltener, wenn die Epidermis erhalten geblieben war, gewechselt und möglichst trocken abgehoben werden. Für Brandwunden 1. Grades genügt einmaliger Verband, und die Heilung erfolgt in wenigen Tagen; gebildete Blasen sind beim Verband möglichst zu schonen, wenn nöthig, nur aufzustechen.

Auch gegen Brandwunden der Schleimhäute des Rectum, der Vagina und selbst des Mundes empfiehlt Th. die Pikrinsäure und stellt weitere Mittheilungen in Aussicht.

O. Naumann (Leipzig).

437. **Sur la préparation, les propriétés et la constitution de l'eucaine, ainsi que sur les réactions qui permettent de la différencier de la cocaine.** (Nouv. Remèdes XII. 16; Août 24. 1896.)

Aus dieser Zusammenstellung der über das *Eucain* (das neuerdings an Stelle des Cocain empfohlene Mittel) vorliegenden Arbeiten heben wir Folgendes hervor.

Um das *Eucain* von dem ihm nahe verwandten *Cocain* zu unterscheiden genügt es, die verschiedene Löslichkeit der salzsauren Salze in Wasser zu beachten. Während nämlich das Löslichkeitverhältniss des Eucain-Salzes bei 15° C. ungefähr = 1:10 ist, ist das des Cocain-Salzes = 1:0.7 Wasser. Hat man jedoch, wie dies zumeist der Fall ist, nur kleine Mengen zur Verfügung, so benutzt man zweckmässiger Weise die verschieden grosse Löslichkeit der Basen selbst zu ihrer Erkennung, bez. zur Entdeckung einer Fälschung des einen Stoffes mit dem andern.

Zu diesem Behufe werden z. B. 0.1 g Cocain. mur. in einem Messglase in 50 ccm Wasser gelöst und 2 Tropfen Ammoniak zugefügt und geschüttelt; ist das Cocain rein, so bleibt die Lösung mindestens 1 Minute durchsichtig und das selbst dann noch, wenn später einige Cocain-Krystalle ausfallen; ist jedoch zugleich Eucain in der Lösung, so tritt, schon bei 2% einer Beimischung, auf Zusatz von Ammoniak eine milchige Trübung ein, die erst bei weiterem Zusatz von 10 ccm Wasser schwindet. Beträgt aber die Beimischung von Eucain 5%, so muss man 20 ccm Wasser hinzufügen, um die Flüssigkeit durchscheinend zu erhalten (bei einer Temperatur von 15 bis 20° C.).

Wirkungen im Allgemeinen. Beim Einträufeln einer 2—5proc. Lösung in das Auge von Hund oder Kaninchen zeigt sich schon nach 1—3 Min. eine vollständige örtliche Anästhesie, die zunächst die Cornea, dann die ganze Conjunctiva ergreift, 10—30 Min. anhält und durch wiederholte Einträufelungen noch verlängert werden kann. Gleichzeitig zeigen sich Reizung und leichte Hyperämie der Lidbindehaut; keine Mydriasis.

Subcutane Einspritzungen bewirken an Ort und Stelle eine völlige Anästhesie; ebenso werden die mit Eucain-Lösung benetzten Schleimhäute vollkommen anästhetisch.

Bei Kalt- und Warmblütern erfolgt nach vergiftenden Gaben starke Reizung des Centralnervensystems, darauf tödtliche Paralyse; der Tod erfolgt nach 0.1—0.15 g auf 1 kg Kaninchen durch Paralyse des Athmungcentrum, wobei das Herz noch einige Zeit fortschlägt. Bei weniger starken Gaben: erhöhte Reflexreizbarkeit mit folgender Parese der Athmungmuskeln, sowie Beschleunigung des Pulses.

Mittlere Gaben (0.02—0.03 g pro kg Thier) bewirken anfangs Unruhe, später klonische, mehrere Sekunden dauernde Krämpfe, denen gleichfalls, jedoch nur wenige Sekunden andauernde Paralyse folgt; dabei wird der Puls (durch Vagusreizung) verlangsamt, der Blutdruck dagegen nicht verändert, diesen setzen nur grössere Gaben herab.

Das Eucain wirkt also ganz ähnlich dem Cocain, nur weniger giftig, dagegen verlangsamt es den Puls und bewirkt örtliche Hyperämie, während das Cocain den Puls beschleunigt und Ischämie erzeugt.

Therapeutische Wirkungen. In das Auge getröpfelt, wirkt das Eucain eben so anhaltend und eben so stark anästhetisch wie das Cocain. Einige Kranke empfanden ein rasch vorübergehendes leichtes Brennen, wenn man ein aus Methylalkohol auskrystallisirtes Eucain angewendet hatte. Dieses trat jedoch nicht ein bei Anwendung des aus wässeriger Lösung erhaltenen Eucain; man würde also nur letzteres therapeutisch zu gebrauchen haben. Ein grosser Vorzug des Eucain vor dem Cocain ist der, dass es nicht wie das Cocain die Pupillen erweitert und keine Parese der Accommodation erzeugt. Es ist daher überall da angezeigt, wo man nur Anästhesie ohne begleitende Ischämie haben will. Auch zersetzt sich eine Eucain-Lösung selbst nach langem Aufbewahren nicht und man kann sie ohne Zersetzung kochen.

Bei schmerzhaften Hautkrankheiten wirkt das Eucain nach Saalfeld in Form von Salben oder Compressen gut schmerzlindernd. Bei Erkrankung des Rachens und der Nase wirkt es nach Reichert gleichfalls anästhetisch und ist in therapeutischen Gaben ganz unschädlich; insbesondere bleibt das Herz unbeeinflusst. Zur Anästhesirung von Schleimhäuten bedarf man nach Schleich einer Lösung von 15% und zur Anästhesirung durch Infiltration einer solchen von 2%. Das Eucain kann hier das Cocain vollständig ersetzen und wirkt bei gleicher Concentration günstiger; nachfolgende Vergiftungserscheinungen sind nicht beobachtet worden, so wenig wie nach 20 künstlichen anästhetischen Oedemen (Anästhesie durch Infiltration), die Schleich durch Eucain erzeugt hat, doch ist diese Operation, wie Schl. an sich selbst empfunden hat, im Gegensatze zur Cocainanwendung, etwas schmerzhaft.

Zahnheilkunde. Warnekros sah die Anästhesie nach Eucain sehr rasch eintreten und hat dabei nie einen Einfluss auf das Herz beobachtet. Kiesel wandte es in zahlreichen Fällen von Zahnausziehungen in 15proc. Lösung an und bestätigt gleichfalls seine Unschädlichkeit für das Herz. Die Anästhesie dauerte länger und zeigte sich in grösserer Ausdehnung als nach Cocain; der Kranke empfindet während der ganzen Operation keinen Schmerz. Obgleich man nach K. das Eucain in weit grösserer Menge als Cocain ohne Nachtheil einspritzen kann, räth er doch, dies nicht zu thun und es nicht etwa als ein unschädliches Mittel zu betrachten. O. Naumann (Leipzig).

438. Ueber die Verwendbarkeit des Eucain in der Augenheilkunde; von Dr. Fr. Wüstefeld in Würzburg. (Münchn. med. Wohnschr. XLIII. 51. p. 1251. 1896.)

Die Versuche mit Eucain wurden in der Würzburger Augenklinik angestellt. Sie ergaben, dass eine 5proc. wässerige Lösung starkes Brennen verursachte, die Anästhesie dem Grade und der Dauer nach gleich der des Cocain war, dass nach 15 Min.

Pupillenerweiterung und Accommodationstörung auftraten, dass das Hornhautepithel nach Eucain-Einträufelung bei nicht geschlossenem Auge rasch eintrocknete und in grossen Stücken abgehoben werden konnte. Das Gleiche gilt für ein später untersuchtes methylalkoholfreies Präparat von Eucain. Nach alle Dem wäre es unbegreiflich, das Cocain durch Eucain verdrängen zu wollen.

Lamhofer (Leipzig).

439. Ueber die Wirkungen des Tropins und der Tropeine; von R. Gottlieb. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 218. 1896.)

G. hat mit dem Atropin die pharmakologischen Wirkungen der folgenden 4 ihm von der chemischen Fabrik von *E. Merck* zur Verfügung gestellten Tropeine verglichen. Bekanntlich ist das Tropin, das aus dem Atropin abgespalten werden kann, ein Alkaloid, gehört zu den Pyridinderivaten und trägt in einer Seitenkette noch ein Alkoholhydroxyl. Wie jeder Alkohol befähigt ist mit verschiedenen Säuren, Säureäther („Ester") zu bilden, so geht das Tropin mit verschiedenen Säuren der aromatischen und der Fettreihe, dank seinem Alkoholhydroxyl, ätherartige Verbindungen ein; man nennt sie „Tropeine"; es sind Alkaloide und Säureäther zugleich. Das *„Acetyltropin"*, der Essigsäureester des Tropins, hat erregende Wirkungen auf das Centralnervensystem (klonische und tonische Krämpfe), während das Tropin selbst eine ziemlich gleichgültige Substanz ist.

Das *„Succinyltropin"*, der Bernsteinsäureester, hat nur central lähmende Wirkung; bei Fröschen auch Curarewirkung. Diese beiden Tropeine heben den Muscarinstillstand des Herzens nur unvollständig, und zwar durch Erregung der motorischen Herzganglien auf. Beide Tropeine sind auch ohne Einfluss auf die Pupille.

Das „Lactyltropin", der Milchsäureester und das „Hippuryltropin", der Hippursäureester bewirken beide erst in grösseren Gaben Lähmung der Endigungen des Herzvagus und rufen Mydriasis hervor. H. Dreser (Göttingen).

440. Ueber die Wirkungen des Scopolins und einiger Scopoleine; von Arnold Schiller. (Arch f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 71. 1896.)

Wie im Atropin und in den Tropeinen das Alkaloid Tropin die Muttersubstanz ist, die mit verschiedenen Säuren der Fettreihe und der aromatischen Reihe Säureäther zu bilden vermag, welch' letztere Tropeine heissen, ebenso bildet das Stammalkaloid des officinellen Hyoscins (bez. Scopolamins), das dem Tropin sehr nahestehende Scopolin, mit Säuren Aether, die „Scopoleine". Sch. standen das Scopolin selbst und sein Essigsäureäther, ferner der Zimmtsäure- und Benzoësäureäther als Scopoleine zur Verfügung.

Die Ergebnisse der pharmakologischen Untersuchung dieser Substanzen lauten folgendermaassen:

Im Gegensatze zum Scopolamin (Hyoscin) beeinflussen das Scopolin selbst und die von Sch. geprüften Scopoleine (Acetyl-, Cinnamyl-, Benzoyl-) beim Warmblüter weder die Pupille, noch die Speichelsekretion und haben auch auf die Vagusendigungen im Herzen keine lähmende Wirkung. Sie heben den Muscarinstillstand des Froschherzens, herrührend von Erregung der intrakardialen Hemmungsnervenapparate, unvollständig auf. Da sich gleichzeitig eine Verstärkung und Verlängerung der Systole am normalen und am mit Kupfer vergifteten Froschherzen nachweisen lässt, so dürfte diese Aufhebung des Muscarinstillstandes auf eine Reizwirkung der Substanzen (wahrscheinlich auf eine Erregung der motorischen Herzganglien) bezogen werden.

Den untersuchten Scopoleinen kommt eine narkotische Wirkung auf Frösche zu.

H. Dreser (Göttingen).

441. Die Einwirkung von Pilocarpin, Atropin und Pepton auf Blut und Lymphe; von Dr. Spiro. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 113. 1896.)

Nach Pilocarpininjektion war die aus dem Duct. thoracicus ausfliessende Lymphmenge nur so wenig vermehrt, dass für die Annahme einer specifischen, sekretorischen Erregung durchaus kein Grund vorhanden ist.

Dagegen rief das Atropin auffallender Weise häufig vermehrte Lymphabsonderung hervor, die nicht von der Blutdrucksteigerung nach Atropin abhängig ist; dabei waren Leukocytengehalt und Gerinnbarkeit der Lymphe auffallend vermindert. Aber in anderen Versuchen war bisweilen nach Atropininjektion trotz scheinbar gleicher sonstiger Verhältnisse das Entgegengesetzte zu beobachten. Im Allgemeinen nahm nach Atropininjektion der Trockensubstanzgehalt des Blutes, wie nach Peptoninjektion, zu.

War die Lymphabsonderung bereits durch Kochsalz- oder Zuckerinjektionen künstlich gesteigert worden, so blieben selbst hohe Dosen Atropin ohne Einfluss auf sie; die nach Peptoninjektion gesteigerte Lymphabsonderung wurde gelegentlich durch ganz hohe Dosen Atropin beschränkt.

Wenn das Blut durch Pepton ungerinnbar gemacht war, wurde es nach der Atropininjektion wieder gerinnbar, ja sogar oft noch stärker als normal. H. Dreser (Göttingen).

442. Zur quantitativen Wirkung von Blausäure, Arsen und Phosphor auf das isolirte Froschherz; von O. Loewi. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 127. 1896.)

L. hat am *Williams*'schen Froschherzapparate festgestellt, dass das mit Gummi + Kochsalz-

Lösung durchspülte Froschherz bei einem Zusatze von 0.00625 ccm einer 2proc. Blausäurelösung auf 100 ccm dieser Nährlösung die erste merkbare Abschwächung seiner Thätigkeit erfährt. 0.0125 ccm 2proc. Blausäure auf 100 ccm Durchspülungsflüssigkeit bewirkt schon nach einer halben Stunde Stillstand, 1 ccm 2proc. CNH auf 100 ccm Nährlösung führt nach 12 Minuten zu diastolischem Stillstand, mit Lähmung der motorischen Herzganglien als Ursache. Neuerliche Durchspülung mit unvergifteter Nährlösung macht die Vergiftung wenigstens theilweise rückgängig.

Arsen war als arsenigs. Natron zu 0.00002% in der Nährlösung noch ohne Wirkung; bei 0.0001% schlug das Herz noch nach 5 Stunden, bei 0.0005% diastolischer Stillstand nach $1^3/_4$ Stunden, 0.02% führt in etwas mehr als einer halben Stunde zum diastolischen Stillstand. Arsen lähmt ausser den Ganglien auch die Herzmuskulatur. Phosphor lähmt den *Herzmuskel*. H. Dreser (Göttingen).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

443. **Ueber einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie**; von Prof. Ad. Strümpell. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 331. 1896.)

Ein 46jähr. gesunder Landwirth stiess im Anfange des Juni 1893 seinen Kopf gegen die Ecke einer eisernen Ofenthüre. Der Kopf brummte ihm und eine kleine Wunde auf dem Scheitel blutete etwas, aber es trat keine Störung des Bewusstseins ein und der Mann setzte seine Beschäftigung ruhig fort. Allein 2 Tage nach dem Unfalle traten innerhalb 24 Stunden 5 epileptische Anfälle ein, 3 in der Nacht, 2 am Tage. Am folgenden Tage hatte der Kr. hohes Fieber, es entwickelte sich ein von der Wunde ausgehender und das Gesicht überziehender Rothlauf. Der Zustand war so schlimm, dass der Geistliche der Beichte wegen geholt wurde. Nach einer Woche erholte sich der Kr. und bald war er anscheinend wieder ganz gesund; jedoch fehlte ihm die Erinnerung nicht nur für die Zeit der Krankheit, sondern auch für ein Vierteljahr vorher. Er wusste weder von den Krampfanfällen, noch von seiner Verletzung, noch von einer Reise, die er eine Woche vor dem Unfalle unternommen hatte, noch, was er im Frühjahre gesät hatte. Nur an einzelne Zustandsbilder erinnerte er sich dunkel, wie an einen Traum. Bei völliger Gesundheit trat Ende October wieder ein epileptischer Anfall ein und im November folgten 2 weitere, die den Kr. zur Berathung mit dem Vf. veranlassten. Die Untersuchung ergab einen kleinen Eindruck im Schädel unterhalb einer röthlichen Narbe auf dem Scheitel etwas links von der Mittellinie und eine Bissverletzung der Zunge. Im Anfange des J. 1896 war kein Anfall wieder vorgekommen, die Amnesie bestand unverändert, der Mann fühlte sich kräftig und leistungsfähig.

Obwohl Vf. die Bedeutung des Erysipels, das unmittelbar auf die ersten Krampfanfälle folgte, nicht verkennt, ist er doch geneigt, die Amnesie nicht von der Toxinwirkung, sondern von der epileptischen Veränderung abhängig zu machen. Er nimmt an, dass die Erinnerungen, die der Kr. vermisste, ausgelöscht seien, nicht nur unzugänglich seien, wie es bei der hysterischen Amnesie der Fall ist. Angaben darüber, ob im Schlafe Vergessenes wieder aufgetaucht sei, ob die Hypnotisirung versucht worden sei, macht er nicht. Möbius.

444. **Ueber rückschreitende Amnesie bei der Epilepsie**; von Dr. Alzheimer in Frankfurt a. M. (Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 4. p. 483. 1896.)

A. theilt 3 interessante Beobachtungen „rückschreitender“ Amnesie nach gehäuften epileptischen Anfällen mit.

I. Ein 32jähr. Handwerker, der seit dem 15. Lebensjahre an Epilepsie litt, wurde am 5. Dec. 1892 nach gehäuften Anfällen ganz verwirrt in die Frankfurter Irrenanstalt gebracht. Nach 3 Tagen wurde er klar, aber nun zeigte es sich, dass er etwa $1^1/_2$ Jahr vergessen hatte. Er wusste nichts davon, dass er wegen eines Judenkrawalles mit seiner Familie Russland verlassen hatte, dass er in Frankfurt mit den Seinigen gewohnt und gearbeitet hatte, dass seine Familie sich um 2 Kinder vermehrt hatte, vielmehr glaubte er im J. 1890 zu leben, 30 Jahre alt zu sein u. s. f. Nach einigen Wochen schienen die verlorenen Erinnerungen allmählich wieder aufzutauchen, doch wurde er dann der Beobachtung entzogen.

II. Ein 50jähr. Tapezirer, der seit 20 Jahren an Epilepsie litt, wurde nach vielen Anfällen verwirrt in die Anstalt gebracht. Er blieb mehrere Tage ganz unklar, dann kehrte allmählich die Besonnenheit zurück und am 8. Tage war er klar. Doch stellte es sich heraus, dass er etwa 3 Wochen vergessen hatte. Er wusste nicht, dass vor 14 Tagen seine Mutter gestorben war, dass er zur Beerdigung gereist war u. s. w. Erst 10 Tage später fiel ihm plötzlich Alles ein; dabei bestritt er, dass er sich anders fühle als in den letzten 10 Tagen. Nur für die Zeit der Verwirrtheit zwischen und nach den Anfällen blieb die Erinnerung unklar.

III. Ein 45jähr. trunksüchtiger Schneider, der schon seit 20 Jahren epileptisch war, wurde am 27. November bewusstlos gefunden und von der Polizei am 29. in die Anstalt gebracht. Am 30. wurde er auf seinen Wunsch hin entlassen und arbeitete 12 Tage lang, ohne dass in der Anstalt oder zu Hause eine Bewusstseinsstörung wahrgenommen gewesen wäre. Am 13. Dec. kam er von selbst in die Anstalt, hatte hier eine Reihe von Anfällen, zwischen denen er benommen war, gab am 15. einen geordneten Bericht über die Zeit vom 27. Nov. bis 13. Dec., hatte vom 16. bis zum 19. wieder viele Anfälle und war verwirrt. Am 20. Dec. war er klar, aber nun fehlte ihm die Erinnerung für die Zeit vom 28. Nov. an: er glaubte von der Polizei eingeliefert zu sein, wusste nichts von seiner Entlassung, seinen Arbeiten zu Hause zwischen 30. Nov. und 12. Dec. u. s. w. Nach 3 Wochen fiel ihm plötzlich wieder Alles ein.

Ein wichtiger Unterschied zwischen den Beobachtungen A.'s und der Strümpell's besteht darin, dass hier die Amnesie dauernd war, dort die Erinnerung wiederkehrte. Zeichen von Hysterie konnte A. an seinen Kranken nicht entdecken.

A. erinnert daran, dass man beim Erwachen während einer Reise sich zuweilen zu Hause glaubt und die Ereignisse der Reise für kurze Zeit vergessen hat. Diese flüchtige Amnesie des Gesunden und ähnliche Zustände nach „Ohnmachten“ u. s. w. seien eine Art von physiologischem Gegenstücke zur pathologischen retrograden Amnesie.

Schliesslich berichtet A. noch von einem 34jähr. epileptischen Philologen, der eine Zeit lang sich nicht auf seine Promotion und die mit ihr verknüpften Umstände besinnen konnte, ohne dass besonders schwere Anfälle vorausgegangen wären, bei dem überhaupt zeitweilig bestimmte Abschnitte seines Lebens aus der Erinnerung schwanden.

Möbius.

445. Zweiter Nachtrag zu meiner casuistischen Mittheilung über Akinesia algera; von W. Erb. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. VIII. 5 u. 6. p. 345. 1896.)

E. berichtet, dass der früher (vgl. Jahrbh. CCXXXVI. p. 131) von ihm beschriebene Kr. mit Akinesia algera sich andauernd besser befinde. Er könne ohne erhebliche Ermüdung eine englische Meile weit gehen. Er leide noch an Müdigkeit und Nesselsucht, seine geistige Theilnahme habe abgenommen und er sei vielfach verstimmt. Er selbst halte sich für gesund. Die Genesung sei dadurch erzielt worden, dass der Kr. sein Leiden als ein enggerirtes erkannte und ganz langsam, Schritt vor Schritt durch Anstrengung des Willens die krankhaften Empfindungen zurückdrängte, bis er nach 19jähr. Stillliegen wieder auf die Beine kam.

E. glaubt, dass die Besserung andauern werde.

Möbius.

446. Zum Capitel von der Arbeit; von Prof. A. Forel. (Centr.-Bl. f. Nervenhkde. XIX. p. 654. Dec. 1896.)

F. erörtert, dass zweckvolle Handarbeit das wichtigste Mittel bei Behandlung von „Nervenkranken“ sei. Er weist auf das Institut *Grohmann's* in Zürich hin und empfiehlt es angelegentlich. Der Ingenieur Herr *Grohmann* hat einen Garten mit Werkstätten eingerichtet und leitet die Kranken persönlich zu Gartenarbeit, Tischlerei u. A. an. Er wie Forel betonen die Schwierigkeit der Sache, denn die meisten Nervenkranken seien höchst ungeschickt, unpraktisch, widerspenstig, faul, unstetig, eingebildet.

Ref. glaubt gern, dass es oft recht schwer sei, Nervenkranke zur Arbeit anzuleiten, kann jedoch darin keinen Grund sehen, gegen die Errichtung von Heilstätten, in denen die Arbeit Hauptheilmittel wäre. Vielmehr dürften in einer Anstalt, die die Kranken nicht nur für einige Stunden, sondern ganz aufnimmt, in der Hausordnung und Beispiel wirken, in der, wenn sie ein Landgut ist, die Arbeit als nothwendig und natürlich, nicht als verordnete Medicin erscheint, die Schwierigkeiten leichter zu besiegen sein. Trotzdem ist, da es eben keine Nervenheilstätte giebt, das Unternehmen des Herrn *Grohmann* als erster Versuch hoch zu schätzen und verdient sicher die Unterstützung der Aerzte.

Möbius.

447. Facialis-Tic als Beschäftigungsneurose (Uhrmacher-Tic); von Dr. T. Cohn. (Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.)

Bei einem nervösen 48jähr. Uhrmacher, der die Lupe in's linke Auge zu klemmen pflegte, hatte sich seit 2 Jahren ein linksseitiger Facialis-Tic entwickelt. Störungen der Empfindlichkeit fehlten ganz. Vf. nimmt daher an, dass die Anstrengung der die Lupe haltenden Muskeln Ursache des Krampfes sei. Nach M. Bernhardt kommt auch die Anstrengung der Accommodation in Betracht.

Möbius.

448. Clinical and pathological report of case of cerebral syphilis; by G. E. Brewer and Pearce Bailey. (Repr. from the Journ. of cut. and genito-urinary diseases. Sept. 1896.)

Ein 25jähr. Mann kam im Herbste 1892 mit frischer Syphilis zur Behandlung. Ausser dem primären Geschwüre, einem Ausschlage auf dem Rumpfe und Plaques muqueuses bestanden Otitis media und Kopfschmerzen. Bei Hg-Behandlung trat rasch Besserung ein. 2 Jahre lang bekam der Pat. theils Hg, theils Jod.

Im März 1896 klagte der Pat. über heftige Hinterkopfschmerzen, Erbrechen und Schwindel. Die linke Pupille war erweitert und der Augenarzt fand beiderseits Neuritis N. optici; die tiefen und die oberflächlichen Reflexe waren gesteigert. Eine kräftige Hg-Jod-Behandlung bewirkte zunächst Besserung. Aber am 20. April trat ein epileptischer Anfall ein. Der Kr. wurde aufgeregt, verwirrt, das linke obere Lid hing herab. Es bestand Fieber. Am 24. April cerebellare Ataxie und Fehlen aller tiefen, sowie mancher oberflächlichen Reflexe. Am 29. April kein Fieber mehr, linkseitige Gesichtlähmung. Die Reflexe kehrten zurück, verschwanden dann wieder. Hallucinationen und Verwirrtheit. Der Kr. bekam täglich 4 Drachmen grauer Salbe und 300 Grains Jodkalium. Am 1. Mai Koma, am 6. Mai Tod.

Man fand Leptomeningitis der Basis, besonders am vorderen Rande der Brücke. Die Basilaris war thrombosirt, ihr oberes Ende bildete eine runde Geschwulst zwischen den Oculomotorii. Die Wände der Arterie waren zum Theil zerstört und es hatte sich ein Aneurysma dissecans gebildet.

Möbius.

449. A contribution to the clinical history of nonsuppurative acute (haemorrhagic) encephalitis, *with the report of a case following an attack of mumps*; by James J. Putnam. (Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 1; Jan. 1. 1897.)

Ein 13jähr. Knabe erkrankte einige Wochen nach Mumps mit Unwohlsein, Fieber und Doppeltsehen. Rasch kam es zu doppelseitiger Ophthalmoplegie mit engen, trägen Pupillen, Taubheit, Neuritis N. optici, Kopfschmerz, Benommenheit. Die linke Körperhälfte war schwächer als die rechte, die Sehnenreflexe fehlten, die Bauchreflexe waren vorhanden. Nach 8 Tagen hörte das Fieber auf und die Besserung begann; die Augen wurden wieder beweglich, das Gehör kehrte zurück u. s. w. 2 Monate später bestanden noch Amblyopie, Schwäche verschiedener Augenmuskeln, geringe Schwerhörigkeit, Fehlen des rechten Kniephänomens. Inzwischen aber hatte sich Epilepsie entwickelt. So blieb die Sache ungefähr. Nur hörten die Anfälle später wieder auf und der Kr. ging geistig zurück.

Möbius.

450. La chorée variable des dégénérés; par E. Brissaud. (Revue neurol. IV. 14. 1896.)

Als „unregelmässige Chorea der Entarteten“ bezeichnet B. eine Chorea, die weder immer dieselbe ist, noch in bestimmter Weise verläuft: Sie kommt und geht, nimmt zu und nimmt ab, verschwindet plötzlich, kehrt unerwartet wieder, zeigt sich bald da, bald dort, bald mit langsamen, bald mit raschen Bewegungen. Die Eltern der kranken Kinder sprechen gewöhnlich von „nervösen Bewegungen“ und dieser Ausdruck ist nach B. ganz

zutreffend. Die Bewegungen erinnern an die Tic-Formen, unterscheiden sich aber von ihnen durch ihre grosse Ausbreitung, die Unstetigkeit und den Wechsel des Ortes, sind so zu sagen eine Art von Grimassen. Die Kranken sind stets Glieder nervenkranker Familien und tragen ausser den choreatischen Bewegungen auch andere Stigmata an sich. Doch handelt es sich nicht, wie bei der Chorea Huntington's, um gleichartige Vererbung.

B. theilt 4 lehrreiche Krankengeschichten mit.

Möbius.

451. **Ueber die Erfolge der Schmierkur bei Erkrankungen des Nervensystems**; von Dr. J. Marsohner. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 1. p. 1. 1896.)

M. theilt 56 Krankengeschichten mit, in denen von Anwendung der Schmierkur gehandelt wird; in 11 Fällen bestanden Lues cerebri und Lues medullae spinalis, in 11 Fällen multiple Sklerose, 6mal Tumor cerebri, 6mal Rinden- und Kapselläsionen, 2mal Bulbärparalyse, 14mal Tabes dorsalis, 3mal Myelitis diffusa, 1mal amyotrophische Lateralsklerose und 2mal Polyneuritis. Die Diagnosen konnten übrigens nur 2mal durch die Sektion bestätigt werden, in einem Falle von Hirntumor und in einem solchen von Erweichung in der inneren Kapsel. Es sind in Folge dessen manche Diagnosen nicht über jeden Zweifel erhaben.

Durch die Schmierkur wurde in 5 Fällen Heilung, in 19 Besserung, in 30 keine Veränderung erzielt, und zwar betraf die Heilung 4 Fälle von Gehirn- und Rückenmarklues und einen Fall von alkoholischer Neuritis, eine wesentliche Besserung wieder vorwiegend Fälle von Hirn- und Rückenmarkslues; geringe Besserung einzelner Symptome fand sich bei allerlei anderen Krankheiten auch, war aber wohl kaum in allen Fällen mit Sicherheit auf die Schmierkur zurückzuführen. Bei Tabes dorsalis wurde nur in 3 von den 14 Fällen eine geringe Besserung einzelner Krankheitserscheinungen erreicht, allerdings auch keine Verschlimmerung erzeugt.

M. schliesst aus seinen Beobachtungen, dass eine Schmierkur bei entsprechender Ueberwachung auf den Verlauf der Erkrankungen des Nervensystems nicht schädigend einwirkt, dass ferner nicht nur solche Erkrankungen, die direkt durch Lues hervorgerufen sind, sondern auch manchmal von Lues ganz unabhängige durch eine Schmierkur günstig beeinflusst werden können, und leitet daraus die Pflicht für den Arzt her, „jeden Fall von Erkrankung des Nervensystems, bei dem eine Besserung nicht vollkommen ausgeschlossen ist, vorausgesetzt, dass nicht der Allgemeinzustand es verbietet, dieser Behandlung zu unterziehen, zumal man sich nicht oft genug in's Gedächtniss zurückrufen kann, dass auf die anamnestischen Angaben der Patienten bezüglich der Lues, wenn sie nicht direkt positiv lauten, gar kein Gewicht zu legen ist".

A. Boettiger (Hamburg).

452. **Ein Fall von Tetanie mit eigenthümlichem Sektionsbefund**; von H. Köster. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 207. 1896.)

Ein 21jähr. Mann, dessen Mutter und Schwester leicht Krampfanfälle bekamen, litt seit einem halben Jahre an wenig schmerzhaften Zusammenziehungen der Muskeln, mehr in der Kälte als in der Wärme. Allmählich wurden die Contraktionen heftiger; es waren die Augenmuskeln, die Muskeln der Arme, des Rumpfes, der Beine, des Schlundes (Schluckbeschwerden), der Blase (Retentio) ergriffen. Der Krampf war klonisch oder tonisch-klonisch. Das Trousseau'sche und das Erb'sche Zeichen waren vorhanden, das Chvostek'sche fehlte. Die Sensibilität war normal, die Patellarreflexe fehlten. Der Kr. ging kurz darauf an einer Nephritis zu Grunde.

Bei der *Sektion* fand man Blutungen an der Vorderseite der Cauda equina, um die Wurzeln der Halsnerven, sowie um den rechten Ischiadicus, deren Zusammenhang mit der Krankheit zweifelhaft blieb.

E. Hüfler (Chemnitz).

453. **Ein Fall von Sklerodaktylie**; von Stephan in Amsterdam. (Berl. klin. Wohnschr. XXXIII. 52. 1896.)

Im Anschlusse an die Mittheilung eines typischen Falles von Skleroderma erläutert St. das Wesen dieser Krankheit dahin, dass sie mit der Basedow'schen Krankheit und der halbseitigen Gesichtsatrophie verwandt und (was noch Seitens der pathologischen Anatomie zu bestätigen bleibt) auf Läsion des in dem verlängerten Marke liegenden vasomotorischen Centrum zurückzuführen sei.

Radestock (Dresden).

454. **Die traumatische Paralysis agitans**; von Dr. Karl Walz. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 2. p. 322. 1896.)

Im Anschlusse an einen noch nicht veröffentlichten Fall stellt W. aus der Literatur 54 Fälle von traumatischer Paralysis agitans zusammen, von denen 24, besonders ältere, in der Diagnose zweifelhaft sind. Die Schüttellähmung kommt nach allen möglichen Verletzungen, meist leichterer Art, bei Leuten mittleren und höheren Alters vor. Als erstes Zeichen tritt fast ausnahmelos das Zittern auf, oft sofort nach der Verletzung, bei lokalisirter Verletzung im verletzten Gliede. Tritt es erst spät oder gar nicht auf, so bestehen vor den Allgemeinsymptomen ziehende Schmerzen, Steifigkeit und Schwäche im verletzten Gliede. Die Allgemeinsymptome folgen meist sehr allmählich, können aber schon nach 6 Wochen ausgebildet sein. In seltenen Fällen bleibt das Zittern auf das verletzte Glied beschränkt. Die Prognose ist ebenso ungünstig wie bei der nicht traumatischen Form.

W. hält das Entstehen der traumatischen Paralysis agitans nur für möglich auf Grund eines abnorm veränderten Nervensystems. Diese abnorme Veränderung kann angeboren oder erworben schon vor der Verletzung bestanden haben, oder sie kann erst durch die Verletzung zu Stande kommen.

Ueber den Vorgang im Nervensysteme lassen sich nur Vermuthungen äussern, es kann sich in manchen Fällen um eine Neuritis ascendens, in anderen um direkte Erschütterung der Centren handeln oder um einen Reflexvorgang unbekannter Art.

Woltemas (Diepholz).

455. **Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques**; par V. Parant. (Ann. méd.-psych. 8. S. IV. 3. p. 372. 1896.)

Als „gelatinösen" Tremor bezeichnet P. jene langsam oscillirenden Bewegungen an der Zunge, wie man sie zuweilen bei Melancholischen sieht, zum Unterschiede von den fibrillären und ataktischen Bewegungen, bez. Zuckungen bei Paralytischen und Anderen. Namentlich bei einfachen, auf infektiöser Grundlage beruhenden Melancholien findet P. diese Eigenschaft der Zunge häufig und sieht deshalb darin ein prognostisch nicht ungünstiges Symptom. Bresler (Freiburg i. Schl.).

456. **Variétés cliniques du délire de persécution**; par Falret. (Ann. méd.-psych. 8. S. IV. 1. p. 90; 3. p. 413. 1896.)

Nach einem kurzen Rückblicke auf die Entwickelung der Lehre von der chronischen Verrücktheit in Frankreich (Lasègue, Morel, Foville, Falret, Séglas, Magnan) folgt eine Kritik einzelner Punkte. Es wird zunächst betont, dass bei der Paranoia überhaupt, nicht blos bei dem „Irresein der Entarteten", sich fast immer erbliche Belastung und Zeichen der Degeneration nachweisen lassen [weshalb auch die maassgebenden deutschen Autoren die Paranoia zu den auf degenerativer Grundlage entstandenen Psychosen zählen]. Von den Gehörshallucinationen, die nach einigen Autoren schon im Beginne der Erkrankung vorhanden sind, glaubt F., dass sie den Uebergang von der 1. zur 2. Periode (des Délire chronique à évolution systématique) markiren; sie bedürfen aber überhaupt in ihren Beziehungen zum Verlaufe des Leidens eines noch eingehenderen Studium. Eine besondere Gruppe (die Persécutés raisonnants, Falret) hat überhaupt keine Hallucinationen. Die Hallucinationen der Gemeingefühle und in der Geschlechtssphäre treten in der 2. oder 3. Periode auf; in der hypochondrischen Form der Paranoia von vornherein. Gesichtshallucinationen sind selten; häufig würden wohl irrthümlich Illusionen des Gesichts und peripherisch entstandene, abnorme, optische Empfindungen, die von den Kranken im Sinne der Paranoia gedeutet, manchmal aber auch als Trugwahrnehmungen von ihnen selbst erkannt würden, mit Hallucinationen verwechselt. Grössenideen brauchen sich nicht immer zu entwickeln. Das *letzte Stadium der Paranoia, sei sie von Grössenideen begleitet oder nicht, ist stets durch eine mehr oder weniger deutliche Abschwächung der Intelligenz gekennzeichnet,* die man jedoch nicht mit dem landläufigen Ausdruck Demenz bezeichnen dürfe. Dieser bleibe im Gebrauche für die höheren Grade von Gedächtnissschwäche und Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten nebst Incohärenz in der Sprache und Auflösung der Gedankenthätigkeit, wie man dies bei den organischen Gehirnkrankheiten beobachtet. F. hat für das Irresein der Entarteten als besondere Krankheitform wenig Glauben; er selbst unterscheidet nach der Art der Entstehung 3 Formen der Verrücktheit. Bei der ersten (der häufigsten) liegt die Wurzel der Krankheit schon in der Kindheit; durch mürrisches, scheues, misstrauisches Wesen sind die Kranken schon in der Jugend aufgefallen, in der Pubertät verschärfen sich diese Züge und entwickeln sich nach dem Eintritte in's Leben mehr oder weniger schnell zur ausgesprochenen Krankheit. Die 2. Form entwickelt sich aus einem hypochondrischen Vorstadium; die dritte bei vorher geistig ganz normalen Menschen im Anschlusse an eine Gemüthsbewegung, körperliche Krankheit oder mechanische Schädigung des Nervensystems. Erbliche Belastung ist aber bei allen 3 Formen vorhanden. Dieses sind 3 Unterabtheilungen des Délire chronique de persécution à évolution systématique, neben dem F. als besondere Formen noch das schon erwähnte Délire des persécutés raisonnants und das Délire de persécution des alcooliques gelten lässt. Ferner giebt es noch eine Mélancholie avec idées de persécution (Persécutés autoaccusateurs), die melancholische Form der Verrücktheit, in der sich Symptome von Melancholie und Paranoia vereinigen; kennzeichnend ist für diese u. A., dass die Wahnideen vage bleiben und sich selten systematisiren, dass die Psychose nicht in den bekannten 4 Stadien des Délire chronique verläuft, ja manchmal sogar in Heilung übergeht.

F. ist der Ansicht, dass es nicht angehe, *eine* bestimmte, ausschliessliche Degenerationpsychose (das Irresein der Entarteten) aufzustellen; die Degenerationzeichen (körperlichen wie seelischen) hätten wohl eine allgemeine pathologisch-anthropologische, aber keine nosologische Bedeutung.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

457. **Zur Kenntniss des Anancasmus (psychische Zwangszustände)**; von J. Donath. (Arch. f. Psych. XXIX. 1. p. 211. 1896.)

Mit dem Ausdrucke „Anancasmus" will D. alle *idiopathischen* Zwangvorgänge und Zwangzustände zusammenfassen; es gehören dann dahin: Zweifelsucht, Berührungsucht, Wortbesessenheit, Erinnerungzwang, Echolalie, Koprolalie, Echokinese, Echopraxie, Maladie des Tics, Dipsomanie, „die geschlechtlichen Perversitäten, sofern sie nicht auf Schwachsinn beruhen, welche sich durch Wollustempfindung beim Anblick von bestimmten Gegenständen oder Personen desselben Geschlechts kundgeben". „Die mannigfaltigen Phobien bei der *Neurasthenie,* sofern sie durch den primären neurasthenischen Angstaffekt bedingt sind, rechne ich

im Sinne der angegebenen Definition der Zwangvorstellungen nicht hierher."

In dem mitgetheilten Falle litt die erblich belastete (der sehr interessante Familienstammbaum ist wiedergegeben), nebenher mit einem mässigen Grade constitutioneller Melancholie behaftete Kranke seit vielen Jahren an den verschiedensten und wunderlichsten Zwangsvorstellungen, ohne dadurch in ihrem, die Aufmerksamkeit in hohem Maasse in Anspruch nehmenden Beruf (Telegraphenbeamtin) im mindesten gestört zu werden. Ausserdem hatte sie Gesichtshallucinationen. Diese „hat sie stets, sobald sie vor dem Einschlafen die Augen schliesst, sei es bei Tag oder bei Nacht. Dabei sieht sie fratzenhafte Gestalten, die sich ihr nähern, oder Landschaften. Sie ist durch diese Gesichte nicht im Geringsten beunruhigt, sie knüpft auch keine besonderen Vorstellungen daran, ja sie lacht oft herzlich über diese komisch verzerrten Figuren. Dabei ist sie stets wach". Da das Nichtvorkommen von Hallucinationen bei Anancasmus von allen Autoren hervorgehoben wird, führt D. dieses Beispiel als Gegenbeweis an. [Einzuwenden wäre, dass die Hallucinationen mit dem Inhalt der Zwangsvorstellungen nicht in Zusammenhang stehen.]

Bresler (Freiburg i. Schl.).

458. Ueber eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter; von E. Beyer. (Arch. f. Psych. XXIX. 1. p. 182. 1896.)

Die 8 weiblichen Kr., deren Krankheitgeschichten mitgetheilt werden, waren im Alter von 50—56 Jahren und in der Menopause. Kennzeichnend für die Art des Leidens ist: Lange Vorbereitung mit psychischen und somatischen Störungen allgemeiner Art. Depressives Prodromalstadium. Aeusserer Anlass zum Ausbruche waren Gemüthsbewegungen. Ziemlich plötzlich einsetzende Periode hallucinatorischer und illusionärer Verwirrtheit bei Depression und ängstlicher Erregung. Lytischer Uebergang in Genesung. Dauer der Krankheit 1 bis mehrere Monate. Bei der in allen Fällen von Anfang bis Ende vorhandenen, ausschliesslich ängstlichen und depressiven Verstimmung, den *Versündigungsideen*, den ausschliesslich bedrohenden Illusionen und Hallucinationen würden wir nicht anstehen, diese Form der Verwirrtheit der Melancholia agitata zuzurechnen, wie sie z. B. Kraepelin schildert, nach dem letztere auch mit Vorliebe Frauen im Klimakterium befällt.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

459. Pathologisch-anatomischer Befund in einem akuten Falle der Paranoiagruppe; von A. Cramer. (Arch. f. Psych. XXIX. 1. p. 1. 1896.)

24jähr. Mann, nicht belastet; als Kind viel Kopfschmerzen; mit 3 Jahren mehrere Male Krämpfe; mässige Anlagen. Am 2. oder 3. Juni Sturz mit dem Pferde, ohne Schaden zu nehmen, und ohne nachherige Beschwerden. Am 12. Juni wurde ein auffallend schroffes Wesen an dem Kr. bemerkt; am 13. und 14. war er bei Festlichkeiten verschiedene Male betrunken, am 15. auffallend gereizt und erregt; er tobte, zerstörte, äusserte Grössenideen, war schlaflos; ungenügende Nahrungsaufnahme; am 17. stark geröthete Augen, mit starken Krusten bedeckte Lippen, stark belegte Zunge und starker Foetor ex ore. Deliranter Zustand; rascher Stimmungswechsel; unwillkürliche Defäkation. Der Kranke gestikulirte und grimassirte viel. Tremor der Zunge und der Finger. Schwaches Kniephänomen. Am 21. Juni 39.5° C.; der Kr. war etwas klarer. Reichliche Albuminurie. Am 22. Juni 40.5° C., Puls 132, Respiration 48. Starke Somnolenz. Zuckungen im rechten, dann im linken Arme. Puls fadenförmig, arrhythmisch, Tod in tiefem Koma an Herzschwäche. Aus dem Sektionsbefunde sei hervorgehoben: Innenfläche des Schädeldaches grau, mit zahlreichen schuppenförmigen Auflagerungen. Auffallend starke Juga cerebralia; namentlich am Stirntheil. Duramater überall mit dem Schädeldach fest verwachsen. Gefässe der sehr zarten, leicht abziehbaren Pia, „namentlich die Venen", überall ausserordentlich prall gefüllt; ebenso die Sinus. Windungen rosa verfärbt, punktförmig injicirt, turgescirt, auf der Höhe abgeplattet. Basalganglien flach, blass, anämisch, weisse und graue Substanz nur mit Mühe unterscheidbar; ebenso Cerebellum, Pons und Medulla. Hirnhöhlen nicht erweitert. Ganglienzellen insofern verändert, als sich nach Nissl deutliche Granula nicht in einer einzigen Zelle auffinden liessen. In der Rinde zahlreiche frische Blutaustritte, ebenso und noch häufiger in der Markleiste. Daneben zahlreiche Gefässe, namentlich Venen und Capillaren mit frischem Pigment in der Gefässscheide und weiter bei zahlreichen Gefässen (Venen und Capillaren) in der adventitiellen Scheide reihenweise aufgestellte Leukocyten. Keine Leukocytenansammlung im Gewebe. Um die meisten Gefässe herum eine kernarme Zone von 2—3 Caliberweiten. Leichte Brenchitis, etwas Fettniere, Milzvergrösserung.

Die Erscheinungen im Gehirn werden ganz zutreffend nicht als entzündliche oder infektiöse gedeutet, sondern als „statische, cortikale, hämorrhagische Encephalitis", venöse Stauung in der Pia und Hirnrinde mit daraus entstandenen multiplen Blutungen und Auswanderung von Leukocyten in die adventitielle Scheide der Gefässe. Der Schlusssatz lautet: „Es ist durch diese Publikation der Nachweis erbracht, dass bei einem akuten Falle der einfachen Seelenstörungen, der weder als Manie, noch als Melancholie aufzufassen war, und somit der Paranoiagruppe (möglicher Weise als akute Verwirrtheit oder akute Paranoia) zuzurechnen war, eine schwere pathologisch-anatomische Veränderung nicht infektiösen Charakters zu Grunde liegen kann" [?!].

Bresler (Freiburg i. Schl.).

460. Maladies infectieuses aiguës et paralysie générale; par A. Delmas. (Arch. clin. de Bord. V. 8. p. 359. 1896.)

Gelegentlich eines kurzen (literarischen) Ueberblickes über die Beziehungen der akuten Infektionskrankheiten und der Syphilis zur progressiven Paralyse, nebst den einschlägigen experimentellen Untersuchungen wird folgender Fall mitgetheilt (*akutes Delirium im Wochenbett nach beträchtlichem Blutverlust*).

Ein 19jähr. Mädchen, ohne erbliche Belastung und nervöse Constitution, delirirte im Anschlusse an einen Abortus mit starker Blutung unter grosser motorischer Unruhe, Tremor an den Gliedern, fibrillärem Tremor im Bereiche der mimischen Muskulatur und der Zunge. Exophthalmus. Mundschleimhaut fuliginös; vermehrte Speichelbildung. Sprache haesitirend, zitternd, ohne artikulatorische Störung. Weiter Dammriss; übelriechender Ausfluss aus der Vagina. Sensibilität intakt. Knie- und Sohlenreflexe erloschen. Bauchreflex erhalten. Spuren von Eiweiss im Urin. Temperatur 39° C. Flockenlesen, Sehnenhüpfen, Gesichtshallucinationen. Im Blute Streptokokken, die, einem Kaninchen eingeimpft, wenig virulent erschienen. 25 g Urin wurden einem 800 g schweren Kaninchen eingespritzt; es trat bald Lähmung der Hinterbeine ein, die, sich weiter ausdehnend, nach einer halben Stunde zum Tode führte. Einem 2., 900 g schweren Kaninchen wurden 20 g injicirt: Lähmung der Hinterbeine, doch vermochte sich das Thier nach 20 Minuten wieder aufzurichten. Einige Tage nach Beginn des im Ganzen ca. 14 Tage dauernden Zustandes keine Mikroorganismen mehr im Blute (Behandlung Chinin subcutan). Lytischer Rückgang des Delirium. Völlige Genesung.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

461. **Die Dementia paralytica**; von G. Ilberg. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. Nr. 168. 1896.)

I. giebt eine recht ansprechende und präcise Monographie des gesammten Krankheitbildes der Dementia paralytica. Eine eingehende Betrachtung wird der Aetiologie im Allgemeinen gewidmet: Einige „ätiologische Momente" drücken den Seelenstörungen mindestens ein charakteristisches Siegel auf. Dass aber dieselbe Ursache nicht immer dieselbe Psychose hervorbringt, hat 2 Gründe. Erstens handelt es sich in der Wirklichkeit meist um eine Combination verschiedener Ursachen; zweitens sind die Menschen, die äusseren Einflüssen ausgesetzt sind, innerlich ganz ungleich organisirt, ganz ungleich widerstandsfähig (wie man dies für die Psyche heute auch experimentell nachzuweisen bemüht ist). „Setzen wir den Fall, es gehörten im Ganzen 8 psychische und 4 somatische Bedingungseinheiten dazu, damit die Dementia paralytica bei einem bisher normalen Menschen entsteht. Da muss es doch ein grosser Unterschied sein, ob ein Individuum vor der Erkrankung bereits in psychischer oder somatischer Hinsicht pathologisch construirt war, ob es vielleicht bereits 4 psychische und 2 somatische Bedingungseinheiten in sich barg, ob es von der Schöpfung mit 6 psychischen und keiner somatischen oder mit keiner psychischen und 3 somatischen Einheiten in den Kampf um's Dasein geschickt wurde" [? Ref.].

Bresler (Freiburg i. Schl.).

VI. Innere Medicin.

462. **Beiträge zur Statistik der Masernepidemien.** *Mit besonderer Berücksichtigung der 1887er Münchener Masernepidemie*; von Dr. Wilh. Möller. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 4. p. 241. 1896.)

Die Masernepidemien zeigen keine gesetzmässige Periodicität mit festen Intervallen, die Intervalle werden mit der Zunahme des Verkehrs und dem Anwachsen der Bevölkerung kleiner. Die Entwickelung der Epidemien hängt ausserdem noch von dem Zusammentreffen mehrerer zeitlicher Hülfsursachen ab, unter denen die Jahreszeit eine grosse Rolle spielt. In München hat die Masernsterblichkeit nach 20jähr. Durchschnitt 2 Maxima, ein kleineres im December und ein bedeutend höheres im Mai nnd Juni, fast die ganze Mortalität liegt in den ersten 5 Lebensjahren, die relative Mortalität (das Verhältniss der Zahl der Gestorbenen zu der Zahl der Erkrankten innerhalb jeder Altersklasse) ist für das 1. Lebensjahr 55mal, für das 2. bis 5. Jahr 12mal so hoch als für die Altersgruppen jenseits des 5. Jahres. Beide Geschlechter sind an der Morbidität und Mortalität im gleichen Grade betheiligt. Die Sterblichkeit in den einzelnen Stadttheilen fällt und steigt mit der Geburtenziffer, auch die Gefährlichkeit des Leidens hängt von ihr ab, da in den kinderreichen Familien die Pflege schlechter ist. Von den Complikationen ist die Bronchopneumonie am wichtigsten; die Wahrscheinlichkeit, an ihr zu erkranken, ist für den rhachitischen Masernkranken fast 3mal so gross, wie für den nicht rhachitischen, die Wahrscheinlichkeit, an dieser Pneumonie zu sterben, doppelt so gross.

Woltemas (Diepholz).

463. **Réinfection morbilleuse** *(Récidive et rechute de rougeole)*; par le Dr. Lop. (Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 522. Nov. 1896.)

1. Fall. Mädchen von 8 Jahren machte ziemlich leicht die Masern durch. Dauer 14 Tage. Nach 69 Tagen wohlcharakterisirte Masern, die auch gut überstanden wurden.

2. Fall. Mädchen von 6 Jahren. März 1894 Masern (Epidemie). August 1896 neuer Masernausbruch, der jeden Zweifel ausschloss. Ziemlich schwerer Verlauf. Heilung in ca. 4 Wochen.

Flachs (Dresden).

464. **Chirurgische Scarlatina, eingeleitet von einer Lymphangitis brachii**; von F. Ingerslev. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 1 u. 2. p. 171. 1896.)

Ein 10jähr. Knabe, der ein Panaritium hatte und mit Kindern verkehrt hatte, bei denen Scharlach zum Ausbruch kam, erkrankte ebenfalls an Scharlach. I. sieht das Panaritium als Eingangspforte für das Scharlachgift an; ein vom Finger ausgehender, intensiv rother, breiter lymphangitischer Streifen wurde am 1. Tage der Erkrankung bis zur Axilla hinauf sichtbar. Das Scharlachexanthem, am 1. Tage an Hals, Brust und Rücken mittelstark, an den Extremitäten noch fehlend, verbreitete sich schnell über den ganzen Körper. Erst am 3. Tage zeigte sich eine folliküläre Angina. Am 6. Tage beginnende Abschuppung, besonders stark am lymphangitischen Streifen, der verschwand.

Hieran anschliessend, theilt I. in Kürze noch zwei weitere Fälle von Scarlatina mit, die sich bei Kindern mit Brandwunden entwickelte; sie hieten nichts besonderes.

Patzki (Leipzig).

465. **Ueber die Behandlung des Typhus abdominalis mit Blutserum von Typhusreconvalescenten**; von Dr. Gottlieb Pollak. (Arbeiten aus der med. Klinik des Prof. von Jakech. Berlin 1897. Fischer's med. Buchh. p. 55.)

Das Serum von Typhusreconvalescenten wurde in der v. Jakech'schen Klinik als subcutane Einspritzung bei Abdominaltyphus versucht. Die kleinste Einzeldosis betrug 2 ccm, die grösste 10 ccm. Die grösste zur Anwendung gebrachte Gesammtmenge war 45 ccm. Die Resultate waren fast gleich Null; einige üble Allgemeinwirkungen wurden beobachtet.

V. Lehmann (Berlin).

466. **Un caso di grave tetano traumatico guarito con le iniezioni ipodermiche di acido fenico**; pel F. Cervellini. (Supplem. al Policlinico Nr. 48. 1896.)

Ein 68jähr. Arbeiter zog sich bei seiner Arbeit eine kleine Risswunde an der Hand zu. Bald darauf klagte er über Schmerzen in den Kiefergelenken, die sich nach wenigen Tagen bis in den Nacken und die Arme aus-

dehnten. Es traten partielle und dann allgemeine Krämpfe hinzu. Erst in diesem Stadium kam der Kr. in Behandlung C.'s. Dieser verordnete zunächst warme Bäder (40° C.) von $^3/_4$ Stunde langer Dauer und machte Injektionen von 2proc. Carbollösung. Beide Medikationen wurden alle 3 Stunden wiederholt. Da das Schliegen wegen des Trismus nicht möglich war, wurde Pat. per clysma ernährt. Schon am 4. Tage war die früher bis auf 38.5° gestiegene Körpertemperatur bis zur normalen Höhe gesunken. Die Krämpfe nahmen immer mehr ab, so dass der Kr. nach 3wöchiger Behandlung als völlig geheilt entlassen werden konnte.

Emanuel Fink (Hamburg).

467. **Bronchialkatarrh und Witterung in St. Petersburg**; von H. Fremmert. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 51. 52. 1896.)

Aus sorgfältigen Beobachtungen und Aufzeichnungen 5 Jahre hindurch schliesst Fr., dass die akuten Tracheobronchitiden in Petersburg etwa 18% aller Erkrankungen bilden und alljährlich von 100 Männern etwa 49, von 100 Frauen etwa 46 und von 100 Kindern etwa 75 befallen. Am seltensten ist das Leiden im Juni, Juli, August, am häufigsten im Januar, nächstdem im Februar, März, April und December. Je kälter es ist, desto häufiger wird die Bronchitis, Wind und Feuchtigkeit sind dem gegenüber nur von untergeordneter Bedeutung.

Dippe.

468. **Ein Symptom der Trachealstenose**; von Dr. Aufrecht. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 1. 1897.)

A. fand in 3 Fällen von Tracheaverengerung beim Aufsetzen des Stethoskopes auf die Trachea dicht oberhalb des Jugulum sterni, dass das bei Gesunden während der ganzen Dauer der In- und Exspiration stets hörbare laute, rauhe Bronchialathmen durch ein kurz dauerndes, leises, weiches Athmen ersetzt oder gar nicht zu hören war. Der Grund für diese Erscheinung liegt wohl darin, dass durch die enge Stelle zu wenig Luft und mit zu geringer Kraft hindurchdringt.

Dippe.

469. **Two clinical lectures on Addison's disease**; by Byrom Bramwell. (Brit. med. Journ. Jan. 2. 9. 1897.)

Br. berichtet über 3 Kr. mit Morbus Addisonii, von denen einer mit Nebennierenextrakt erfolgreich behandelt wurde, bei dem nach dem Tode die Nebennieren fehlten und durch Fettmassen ersetzt waren.

1) Ein 50jähr. Minenarbeiter hatte vor 3 Jahren einen heftigen Schlag in die linke Lendengegend bekommen und seitdem Empfindlichkeit daselbst zurückbehalten. Vor 3 Mon. erkrankte er an Influenza, wurde darauf äusserst hinfällig, verlor 4 Stein (etwa 50 Pfd.) an Körpergewicht und zeigte bei der Aufnahme in die Klinik am 30. Juni 1895 äusserste Hinfälligkeit, so dass er kaum zu gehen vermochte, und grosse Herzschwäche mit kaum fühlbarem Puls. Die Haut war mässig pigmentirt, anscheinend nur wettergebräunt, aber nach Angabe seiner Frau doch wesentlich dunkler, als vor der Influenza; auf der Mundschleimhaut ein deutlicher Pigmentfleck; die Zunge etwas belegt. Ausser Appetitlosigkeit keine sonstigen Krankheitserscheinungen. Die Untersuchung des Körpers ergab nichts Abnormes. Nach wenigen Tagen erfolgte der Tod. Die Diagnose Addison'sche Krankheit wurde durch die Sektion bestätigt. Beide Nebennieren waren vergrössert, in käsig fibröse Massen verwandelt; das Peritonaeum war dicht mit miliaren Tuberkeln besetzt, sonst wenig entzündet; in der linken Lungenspitze einige alte Tuberkel; sonst nichts Abnormes.

2) Ein 36jähr. Mann litt seit $^1/_2$ Jahre ohne bekannte Ursache an Hinfälligkeit, Blutarmuth, rascher Abmagerung, er verlor etwa 40 Pfd. an Körpergewicht, grosser Herzschwäche. Die Untersuchung ergab zunächst keinerlei Veränderung als Ursache der Krankheit; nur zufällig wurden einige braune Flecke über den Rückenwirbeln und darauf auch an der Mundschleimhaut entdeckt und nunmehr Addison'sche Krankheit diagnosticirt. Nach kurzer Zeit erfolgte der Tod, und die *Sektion* ergab als einzige Veränderung cirrhöse Atrophie der Nebennieren statt der gewöhnlichen käsig fibrösen, tuberkulösen Entartung.

3) Ein 37jähr. Mann, der in der Jugend die Pocken überstanden hatte, zeigte nach einer Influenza vor 2 Jahren fortschreitendes Dunklerwerden der Haut, und seit 3 Mon. Schmerzen in der Lendenwirbelgegend, zunehmende Schwäche, gelegentliches Erbrechen und geringe Abmagerung. Bei der Untersuchung im October 1893 erschien die Haut, besonders an den Pockennarben, dunkelbraun gefärbt, die Mundschleimhaut mit braunen Flecken bedeckt; Puls und Herzschlag kaum merklich; der Kr. klagte über grosse Schwäche mit Herzklopfen, Schwindel, Kurzathmigkeit, litt an Verdauungschwäche mit Appetitlosigkeit und Brechneigung und zeigte alle Erscheinungen der typischen Addison'schen Krankheit. Er bekam 2mal wöchentlich eine subcutane Einspritzung in die Nierengegend von 15 Tropfen sterilisirten Nebennierensaftes von Kaninchen, worauf sich alle Erscheinungen wesentlich besserten. Später wurde verkleinerte Nebenniere vom Schafe, und als diese nicht vertragen wurde, wieder sterilisirter Nebennierensaft innerlich gegeben in Verbindung mit (eisen- und arsenhaltigem) Levicowasser. Die sämmtlichen Erscheinungen schwanden hierauf und die Kräfte stellten sich wieder vollkommen her, doch erfolgte nach 13 Mon. in Folge heftiger Influenza der Tod.

Bei der *Sektion* fanden sich an Stelle der Nebennieren nur beträchtliche Fettmassen von $3^1/_2$ und 3, bez. 4 und $3^1/_4$ Zoll im Durchmesser. Rechts konnte keine Spur von Nebennierensubstanz nachgewiesen werden; links fand sich dagegen innerhalb einer dunkler gefärbten Umgrenzung, nach Lage, Form und Grösse der Nebenniere entsprechend, eine bräunlich gefärbte Fettmasse, deren Läppchen in der Peripherie grössere Fettzellen, längs der nach der Mitte verlaufenden Gefässe aber kleinere Fettzellen mit zahlreichen Pigmentgranulationen, und einzelne Leukocyten, aber nirgends epitheliale oder reihenweise angeordnete Zellen enthielten.

H. Meissner (Leipzig).

470. **Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii**; von Dr. R. Oestreich. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 1 u. 2. p. 123. 1896.)

Oe. erhielt von Dr. Hadra in Berlin zum Zwecke anatomischer Untersuchung eine Geschwulst, die dieser bei einer 55jähr. Kr. durch Laparotomie entfernt hatte. Dr. Hadra hatte bei der Kr., die seit etwa einem Jahre über zunehmende Muskelschwäche, Abmagerung, geringe gastrointestinale Störungen und heftige, in das Kreuz ausstrahlende Magenschmerzen zu klagen hatte, in der Magengegend, direkt an der Wirbelsäule, die Geschwulst gefunden und die Diagnose auf einen retroperitonäalen malignen Drüsentumor gestellt, der als Ursache der vorbandenen Kachexie und der Beschwerden anzusehen wäre. Der schwierige operative Eingriff, wie die Reconvalescenz verliefen glatt; die Frau ist, 10 Mon. nach der Operation, vollkommen schmerzfrei und wesentlich erholt.

Oe. erkannte die exstirpirte Geschwulst als tuberkulöse Nebenniere, und führt nun den Beweis, dass es sich im vorliegenden Falle um Morbus Addisonii gehandelt habe, dessen charakteristische Symptome ausgeprägt waren; bei Abwesenheit jeder anderen Organerkrankung konnten diese nur auf die Tuberkulose der linken Nebenniere bezogen werden.

Oe. schliesst eine Besprechung der principiellen Bedeutung des Falles an, der darlegt, dass Morbus Addisonii einer chirurgischen Behandlung mit Erfolg unterworfen werden kann: durch den operativen Eingriff ist im vorliegenden Falle vollkommene Heilung eingetreten. Patzki (Leipzig).

471. **Un nuovo metodo par la diagnosi precoce dell'ascite**; pel Alpago Novello. (Gazz. med. di Torino Nr. 21. 1896.)

Die gewöhnlichen, bisher gebräuchlichen Untersuchungsmethoden genügen bekanntlich nicht, um geringe, oft auch ganz beträchtliche Ascitesmengen zu diagnosticiren. N. räth in zweifelhaften Fällen den Kranken in Knieellenbogenlage zu bringen und dann den Bauch zu perkutiren. Eine so gefundene Dämpfung in der Nabelgegend, die bei Rückenlage verschwindet, weist mit Sicherheit auf das Vorhandensein von Flüssigkeit im Abdomen hin. Um geringe Mengen auf diese Weise zu erkennen, muss die Perkussion sehr schwach ausgeführt werden, weil man sonst einen tympanitischen Klang von Seiten der umgebenden Därme erhält.

Emanuel Fink (Hamburg).

472. **Ueber die chirurgische Behandlung der Hautwassersucht**; von Dr. Rotmann in Greifswald. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48. 49. 1896.)

R. giebt zunächst einen kurzen geschichtlichen Ueberblick über die verschiedenen Methoden der *chirurgischen Behandlung der Hautwassersucht*, indem er namentlich die tiefen Incisionen und die Drainage mittels kleiner Kanülen genauer bespricht.

In der Greifswalder medicinischen Klinik wurden mit der *Drainagebehandlung* der Hautwassersucht sehr günstige Erfolge erzielt; das Verfahren ist bei vorsichtiger Ausführung völlig gefahrlos und leistet in der Mehrzahl der Fälle Alles, was man von ihm verlangen kann. Die Drainage wurde unter strengster Antisepsis mit 10.5—11 cm langen Kanülen, die eine lichte Weite von 1.50—1.75 mm hatten, vorgenommen.

Eine Reihe von Krankengeschichten erläutert die Technik des Verfahrens und die mit ihm erzielten Resultate. P. Wagner (Leipzig).

473. **Ein ungewöhnlicher Fall von Soor der Mundhöhle, des Nasenrachenraumes und des Larynx**; von Dr. J. Sendziak. (Arch. f. Laryngol. IV. 3. p. 421. 1896.)

S. theilt einen der seltenen Fälle von Soor bei Erwachsenen nach akuter Infektionskrankheit mit.

Ein 15jähr. Mädchen, das vor ca. 1 Mon. schwere Diphtherie durchgemacht hatte, litt seit 14 Tagen an Störung beim Schlucken, Regurgitation der Flüssigkeiten durch die Nase, näselnder Sprache. Das schlecht genährte, bleiche Mädchen zeigte in der Mundhöhle am weichen Gaumen, an den Gaumenbögen auf stark gerötheter und geschwollener Schleimhaut eine grosse Menge von weissen Flecken verschiedener Grösse. Eben solche Flecke fanden sich am Dache und an den seitlichen Wandungen des Nasopharynx, auf den hinteren Enden der mittleren und unteren Nasenmuscheln und des Vomers. Sonst waren die Nasenhöhlen frei. Auf der Zungenmandel fanden sich ebenso wie auf den Gaumenmandeln weisse Membranen vor. Auf der Vorderfläche der Epiglottis, den aryepiglottischen Falten, der hinteren Larynxwand und in den Sinus pyriformes waren gleichfalls weissliche Flecke. Die leicht abzuhebenden Flecke und Membranen erwiesen sich als Soormassen. Unter roborirender Behandlung und Gurgelungen verschwand Alles in einigen Wochen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

474. **Mycosis pharyngis leptothricia and keratosis pharyngis**; by A. Brown Kelly. (Glasgow med. Journ. XLVI. 2—4. Aug.—Oct. 1896.)

B. Fränkel hat zuerst 1873 eine eigenthümliche, durch Auftreten von weissen, festhaftenden Pfröpfen an den Tonsillen und dem Zungengrunde charakterisirte Krankheit beschrieben, die er als Pharyngomycosis benigna leptothricia bezeichnete. Alle, die sich seither mit der Krankheit beschäftigt haben, schrieben der Leptothrix eine ätiologische Rolle zu. Siebenmann, der nicht nur die Pfröpfe, sondern auch excidirte Tonsillen mit solchen Pfröpfen untersuchte, fand, dass die Pfröpfe durch eine ungewöhnlich starke Verhornung des lakunären Epithels entstehen, dass Leptothrixfäden sich aber nur an der Oberfläche des hervorragenden Theiles der Pfröpfe, niemals in der Kryptenwand, finden. Er sieht daher die Leptothrixfäden nur als etwas Sekundäres an und bezeichnet das Leiden als Hyperkeratosis lacunaris.

K. hat in gleicher Weise die Exkrescenzen mit ihrem Mutterboden untersucht und ist dabei zu denselben Resultaten wie Siebenmann gekommen. Auch er fand Leptothrixfäden nur an der Oberfläche der Exkrescenzen, und zwar nur an solchen, die an den Gaumentonsillen und an der Zunge sassen, wesentlich seltener bei solchen von der seitlichen Pharynxwand, während in den viel selteneren Exkrescenzen im Nasenrachenraume die Leptothrixfäden stets fehlten. Nach seinen Untersuchungen ist die Bildung von Exkrescenzen aber nicht an die Lacunen gebunden, sondern kann auch von der glatten Oberfläche aus erfolgen, weshalb er anstatt der von Siebenmann vorgeschlagenen Bezeichnung den Namen Keratosis pharyngis wählt. Dieses Leiden, das ganz symptomenlos verlaufen kann und nur mitunter Kitzel- oder Fremdkörpergefühl verursacht, ist fast ausschliesslich auf den Waldeyer'schen Ring von adenoidem Gewebe beschränkt. Es findet sich öfter bei Frauen als bei Männern, besonders in den mittleren Jahren, Beschäftigung, hygieinische Verhältnisse, Constitution

scheinen ohne Einfluss auf sein Auftreten. Ein häufiges Zusammentreffen der Keratosis pharyngis mit chronischer lakunärer Tonsillitis ist unzweifelhaft.

Neben dieser bisher fälschlich als Mycosis pharyngis leptothricia bezeichneten Affektion, giebt es aber eine Krankheit, die den Namen in der That verdient. Diese treffen wir in jedem Lebensalter. Hier sind oft lokale oder Allgemeinerkrankungen vorhanden, die die Widerstandsfähigkeit der Schleimhaut vermindert haben. Die Krankheit macht sich frühzeitig durch Unbehagen im Halse oder Schlingbeschwerden bemerklich, mitunter ist im Beginn auch Frösteln und Fieber vorhanden. Bei der Untersuchung zeigen sich im Halse auf entzündeter Schleimhaut mehr oder weniger zahlreiche, isolirte, wenig vorspringende, weisse Flecke, die sich gewöhnlich leicht abheben lassen und dann eine leichte Erosion zurücklassen. Die Flecke sitzen am häufigsten an Uvula und weichem Gaumen, kommen aber auch im Pharynx, Larynx und Oesophagus vor. Gebrauch von Gurgelwässern bringt in wenigen Tagen Heilung.

K. theilt eine Anzahl Krankengeschichten sowohl von Keratosis pharyngis, als auch von Mycosis pharyngis leptothricia aus seiner Beobachtung mit.

Rudolf Heymann (Leipzig).

475. **Der abnorme Hochstand des Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation und zur Hypertrophie der Rachentonsille**; von E. Fränkel. (Inaug.-Diss. Basel 1896. Buchdruckerei Kreis.)

Mit einem von Siebenmann angegebenen Instrumente, Palatometer, das gestattet die Breite und die Höhe des Gaumengewölbes zu messen, hat Fr. diese Maasse an 29 Kranken mit Septumdeviationen ohne Hypertrophie der Rachentonsille, an 60 Kranken mit Hypertrophie der Rachentonsille und zum Vergleiche an 44 Kranken ohne Septumdeviationen und ohne adenoide Vegetationen festgestellt. Die Breite wurde meist in der Frontalebene der 1. Prämolaren gemessen und die Höhe des Gaumengewölbes von einer durch die Kaufläche der oberen Zahnreihe gelegt gedachten Horizontalebene bestimmt. Um die Verhältnisse bei Leichen verschiedenen Alters vergleichen zu können, wurde in jedem Falle die Höhe durch die Breite dividirt und dieser Werth mit 100 multiplicirt. Nach der Höhe dieses Index wurden die Fälle in Tabellen übersichtlich zusammengestellt. Die Fälle ohne Septumdeviation und ohne adenoide Vegetationen zeigten, dass die durchschnittliche Höhe des Index bei Erwachsenen (46) und bei Kindern (44) nahezu gleich ist. Bei Septumdeviationen fand sich sehr oft, aber nicht immer, ein den normalen überschreitender Höhenindex, wobei jedoch Grösse des Höhenindex und der Septumverbiegung nicht etwa parallel laufen. Fr. schliesst sich Denjenigen an, die die Septumdeviation als Folge der Gaumenanomalie ansehen. In den Fällen mit Hypertrophie der Rachenmandel liess sich ein auffälliger Hochstand des Gaumens nicht nachweisen, der Gaumen zeigte vielmehr meist normale Verhältnisse. Dass Andere bei adenoiden Vegetationen so häufig Hochstand des Gaumens fanden und letzteren als durch die adenoiden Vegetationen bedingte Entwickelungsstörung ansehen, erklärt Fr., soweit nicht etwa Rasseverschiedenheiten mit im Spiele sind, dadurch, dass Kranke, bei denen adenoide Vegetationen mit Hochstand des Gaumens zusammentreffen, viel grössere Beschwerden haben und deshalb häufiger den Arzt aufsuchen. Unter seinen Fällen befinden sich auch solche, in denen die adenoiden Vegetationen einen zufälligen Befund bildeten.

Abnorme Gaumenform und Anomalien in der Zahnstellung fanden sich auch nicht selten bei Personen ohne Septumdeviation und ohne adenoide Vegetationen.

Die wahrscheinlichste Ursache für die Entwickelungstörungen am Gesichtsschädel dürfte in erblichen Einflüssen zu suchen sein.

Rudolf Heymann (Leipzig).

476. **Klinisch-anatomische Beiträge zur Rhinitis sicca anterior**; von Dr. U. Rihary in Villmergen. (Arch. f. Laryngol. IV. 3. 1896.)

Als Rhinitis sicca anterior bezeichnet R. nach Siehenmann einen lediglich auf das knorpelige Septum beschränkten trockenen Katarrh mit Epithelmetaplasie und Borkenbildung. Das Leiden ist in der Poliklinik Siehenmann's in den Jahren 1891—1894 unter 623 Nasenerkrankungen 63mal, und zwar namentlich bei jugendlichen und vorwiegend bei weiblichen Individuen gefunden worden. Es besitzt eine praktische Bedeutung, weil es das wichtigste ätiologische Moment für das habituelle Nasenbluten und das nicht specifische Ulcus perforans septi und wahrscheinlich auch für den blutenden Septumpolyp bildet. Ausserdem ist es ein wichtiges prädisponirendes Moment für Infektion der Nase mit Tuberkulose, Syphilis, Erysipel und für Entstehung der abscedirenden Perichondritis des Septum.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Schleimhaut fand sich Folgendes: Während die normale Septumschleimhaut überall geschichtetes, bewimpertes Cylinderepithel trägt, ausgenommen die schmale Uebergangszone der Schleimhaut in die Epidermis des häutigen Septum, wo sich Plattenepithel findet, trägt hier die Schleimhaut Pflasterepithel mit beginnender Verhornung der oberen Schichten. Die Epithelschicht ist gegen die Norm um das 2—3fache verdickt. Die subepitheliale Schicht der Mucosa ist von Rundzellen infiltrirt und an der Oberfläche in zahlreiche kleine Falten gelegt. In der Schleimhaut finden sich zahlreiche, in hyaliner Degeneration begriffene Zellen und Mastzellen und spärliche eosinophile Zellen. R. spricht die Vermuthung aus, dass die Mastzellen aus Bindegewebezellen entstehen, dann

hyalin degeneriren und sich auflösen und dass diese hyaline Degeneration möglicher Weise als die Ursache der Atrophie der Schleimhaut anzusehen ist. Ausserdem findet sich sehr viel Pigment (Hämatoidin) in der Schleimhaut vertheilt, theils innerhalh, theils ausserhalb der Zellen. Im Schleim der metaplasirten Mucosa finden sich eine oder mehrere Lagen einer eigenthümlichen Substanz, die der oberflächlichen Zellenschicht ein- und aufgelagert ist. Diese zeigt in ihrem Verhalten gegen Farben die grösste Aehnlichkeit mit Keratohyalin; höchst wahrscheinlich verbreiten ihre Fäulnissprodukte den charakteristischen Geruch der atrophischen Nasenschleimhaut; sie ist jedenfalls auch die Ursache der firnissartigen Beschaffenheit des Sekretes der an trockenem Katarrh erkrankten Schleimhäute. Dadurch, dass sie in die Substanz der obersten Zellenschicht des Epithels sich hineinerstreckt und diese fest mit der aufliegenden Borke verhindet, bedingt sie die hekannte grosse Vulnerabilität der Schleimhaut.

Rudolf Heymann (Leipzig).

477. Ueber die pathologischen Veränderungen der Siebbeinknochen im Gefolge der entzündlichen Schleimhauthypertrophie und der Nasenpolypen; von Dr. M. Hajek in Wien. (Arch. f. Laryngol. IV. 3. 1896.)

Das von Woakes 1885 beschriebene Krankheitbild der „Necrosing ethmoiditis", das die regelmässige Ursache für das Auftreten von Nasenpolypen bilden soll, hat seither zu einer lehhaften Diskussion geführt, bei der die Meisten die Lehren von Woakes heftig bekämpften. Da hisher noch keine Einigkeit über die Frage erreicht ist, hat H. in der Absicht, zur Klärung der Verhältnisse beizutragen, eine Anzahl von hypertrophischen mittleren Muscheln, sowie von Polypen in Verhindung mit ihrer knöchernen Grundlage, die er sämmtlich vom Lebenden gewonnen hatte, mikroskopisch nntersucht und hat zum Vergleich auch Schnitte durch normale mittlere Muscheln und ganze Siebbeine mit ihrem Schleimhautüherzug gemacht.

Die Untersuchung der normalen Ohjekte zeigte, dass die Schleimhaut am Siebbeine überall unmittelbar in den Inhalt der Markräume des spongiösen Knochens übergeht und dass somit Schleimhaut und Knochen am Siehhein ein untrennbares, anatomisches Ganzes bilden.

Die Untersuchung der durch chronische Entzündung veränderten mittleren Muscheln ergab, dass die Entzündung in allen Fällen in den oberen Schichten der Schleimhaut heginnt und von der Oberfläche nach der Tiefe fortschreitet, niemals aber umgekehrt. Bei den leichtesten Graden sehen wir das entzündliche Infiltrat nur auf die oberflächlichen Schichten der Schleimhaut beschränkt, bei besonderer Stärke aber, oder bei längerer Dauer, in Fällen, in denen klinisch schwere polypoide Degeneration der mittleren Muschel, oder eine Combination der Hypertrophie der mittleren Muschel mit Empyem, oder starke Polypenhildung vorlag, erstreckt sich das Infiltrat über die ganze Schleimhaut bis in das Periost hinein und dringt in die Markräume ein, die es mehr oder weniger erfüllt. Bei längerem Bestand führen die Veränderungen im Periost zu Veränderungen im Knochen, und zwar scheiden sich einmal aus der Keimschicht des Periostes Osteoblasten ab, die dann osteoides Gewebe hilden, es kommt also zur Neuhildung von Knochen, dann aher kommt es auch zur Einschmelzung, zur Bildung von Aushöhlungen mit zahlreichen Riesenzellen. An den meisten Präparaten finden sich Knochenneuhildung und Resorption nebeneinander, doch so, dass bald das eine, bald das andere überwiegt.

Auch bei den Polypen mit Knochenansätzen erstreckte sich das entzündliche Infiltrat von der Oberfläche der Schleimhaut sehr verschieden weit nach der Tiefe. Der Polyp entsteht nicht durch Processe in der Tiefe, sondern ist „eine ödematöse Schleimhanthypertrophie, bei der, wie bei der festen Hypertrophie, der Process entweder nur auf die oberflächlichen Schichten beschränkt bleibt oder auch mehr in die Tiefe greifen kann".

Rudolf Heymann (Leipzig).

478. Ueble Zufälle nach Nasenoperationen von Dr. L. Réthi in Wien. (Arch. f. Laryngol. IV. 3. p. 403. 1896.)

Schwere Folgezustände nach Nasenoperationen sind sehr selten beobachtet. R. theilt einen solchen Fall mit.

Bei einem 62jähr. Herrn, dessen Nase seit 2 Jahren beiderseits ganz undurchgängig war, hatte er in 5 Sitzungen ans beiden Seiten nach und nach so viel ödematöse Fibrome entfernt, dass beide Seiten gut durchgängig waren. Mehrfach musste wegen starker Blutung tamponirt werden. Der Tampon wurde immer am folgenden Tage wieder entfernt. Nach der 5. Sitzung musste wieder tamponirt werden; am folgenden Tage hatte der Kr. Kopfschmerz und leichtes Fieber. Nach weiteren 24 Stunden wurde er mit Benommenheit, Fieber, linkseitiger Facialislähmung und leichter Parese des rechten Armes im Rothschildspital aufgenommen. Im Spital nahm in den nächsten Tagen die Parese des rechten Armes zu, es entwickelte sich hämorrhagische Nephritis und es bildeten sich mehrfache Eiterherde im Unterhautzellgewebe des rechten Armes und Beines und im rechten Ellenbogen- und rechten Kniegelenke. Am Abend des 3. Tages nach der Aufnahme Tod.

Bei der *Sektion* fanden sich in den Nasenhöhlen und besonders in den Keilbeinhöhlen dünnflüssiges, eiteriges Exsudat, Venenthrombose in der Pia-mater und eiterige Meningitis über der ganzen linken Grosshirnhemisphäre, hämorrhagische Nierenentzündung und Eiterherde in dem Unterhautzellgewebe und in den Gelenken der rechtseitigen Glieder. Rudolf Heymann (Leipzig).

479. Note pour servir à l'histoire des éruptions d'origine palustre; éruption eczématiforme circonscrite persistante du nez de nature palustre; par le Dr. L. Brocq. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 1. p. 1. 1896.)

Eine 40jähr. Dame von guter Gesundheit, die im Jahre 1893 und 1894 an einem heftigen Ekzem der Hände

gelitten hatte, kam im October 1894 mit einem eigenthümlichen Ausschlag der Nase zu B. Auf der linken Seite nach der Nasenspitze zu zeigte sich eine ungefähr oval gestaltete 1 : 1½ cm im Durchmesser haltende geröthete und geschwollene Hautstelle, die mit 7—8 gelblichen, leicht nässenden, bläschenförmigen Papeln besetzt war. Es bestand ein leichtes Brennen, besonders am Morgen; Nachmittags verschwand diese Empfindung. Seit einem Monate hatte sich die Affektion allmählich entwickelt; die Hände waren wieder ganz gesund. Nachdem während eines Monates das Leiden jeder Behandlung widerstanden hatte, wurde man darauf aufmerksam, dass wenige Tage vor der Periode der Plaque anzuschwellen begann, sich röthete und aus den Knötchen mehr Flüssigkeit absonderte; die gleiche Erscheinung trat jeden Morgen in geringerem Maasse auf, um gegen Nachmittag zu verschwinden, jeden 2. Tag aber zeigte sich eine heftigere Entzündung, so dass das ganze Bild dem Verhalten bei Malaria glich. Nähere Nachforschungen ergaben nun, dass die Kr. schon wiederholt an Malariaaffektionen gelitten hatte, die nur auf hohe Dosen von Chinin schwanden, und dass sie einen grossen Theil des Jahres in einer Malariagegend lebte. Die eingeleitete Chininbehandlung hatte denn auch einen überraschenden Erfolg; nach 2 Tagen verschwanden die Anfälle und wenige Tage später war die Haut geheilt. Nach Aussetzen des Chinins trat kurz vor der nächsten Periode der Ausschlag noch einmal auf, um unter gleicher Behandlung zu verschwinden; die Kr. hatte noch 2 Rückfälle, bis ein längerer Gebrauch von Chinin und Arsen das Leiden endgültig heilte.

Es handelte sich nach alledem um eine der noch wenig bekannten Hauterkrankungen der Malaria larvata. Wermann (Dresden).

480. **Die der Zanzibarküste eigenthümlichen klimatischen Leistendrüsenentzündungen**; von Dr. Reinhold Ruge. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 3. p. 391. 1896.)

R. stellt 38 Fälle von Leistendrüsenentzündung zusammen, die von August 1888 bis October 1889 auf den Schiffen des ostafrikanischen Blokadegeschwaders zur Beobachtung kamen und sich weder auf venerische, noch auf septische Infektionen zurückführen liessen; auch Allgemeinerkrankungen, wie Tuberkulose, Leukämie, Pseudoleukämie, Pest waren als Ursache auszuschliessen. Es fanden sich sowohl akute, mit hohem Fieber verlaufende, wie schleichende Formen vor, die über Monate hinaus anhielten, und ferner eine leichte, in baldige Rückbildung der oft sehr schmerzhaften Drüsenschwellungen übergehende Erkrankung; die Drüsen waren theils einzeln, theils in Packetform geschwollen. Eigenthümlich war eine schnelle Entwickelung der Schwellung, oft in wenigen Tagen. 23mal fand spontane Rückbildung statt, in 3 Fällen entstand erst im Rückfall, der in 5 Fällen im Ganzen 6mal vorkam, Vereiterung, und nur 12mal machte sich von vornherein die Incision nöthig. Die Behandlungsdauer betrug 3 bis 209 Tage, durchschnittlich 32.3 Tage. Das begleitende Fieber war durch die Drüsenentzündung selbst bedingt; ein complicirendes Malariafieber konnte ausgeschlossen werden, da das Fieber, das durch Chinin nicht beeinflusst worden war, wegblieb, nachdem die erkrankten Drüsen entfernt waren. Der klinische Befund giebt nach alledem keine Anhaltepunkte für die Differentialdiagnose dieser Leistendrüsenentzündung gegenüber der venerischen. Pathologisch-anatomische Untersuchungen konnten an Bord nicht vorgenommen werden; auch können alle Autoren, die über klimatische Leistendrüsenentzündungen berichten, keine Erklärung über die Aetiologie dieser Erkrankung geben. R. stellt folgende Schlusssätze auf: 1) An der Zanzibarküste kommen klimatische Leistendrüsenentzündungen vor. 2) Ihre Entstehungsursachen sind dunkel. Malariafieber sind nur als gelegentliche Complikationen, nicht als Ursache anzusehen. 3) Die Differentialdiagnose zwischen klimatischen und venerischen Leistendrüsenentzündungen ist beim Fehlen von Zeichen geschlechtlicher Erkrankungen durch den klinischen Befund nicht zu stellen. Vielleicht geben pathologisch-anatomische Untersuchungen einen Anhalt hierfür. Vor der Hand ist man auf eine genaue Erhebung der Anamnese angewiesen.

Wermann (Dresden).

481. **The abortive treatment of acute suppurative adenitis of the groin by pressure bandage**; by A. Bradley Gaither. (Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 64. p. 137. July 1896.)

G. behandelte in 18 Fällen Bubonen mit einem Compressionverband, der aus einem Wattebausch und fest angelegter Binde bestand. 4 Kr. waren reif für die Operation, in 2 Fällen wurde der Verband wegen heftiger Steigerung der schon bestehenden Schmerzen nicht ertragen. In 9 Fällen ging der Bubo zurück, von denen 2 schon so weit vorgeschritten waren, dass man keinen Nutzen von der Abortivbehandlung erwartete. Je früher der Verband angelegt werden konnte, desto besser war der Erfolg, und in mehr als 85% der Fälle ging der Bubo zurück, wenn noch keine Eiterung eingetreten war. Man muss dabei berücksichtigen, dass in manchen Fällen noch ein spontaner Rückgang erfolgt, in denen man schon daran geht, die Eiterung zu befördern, um die Operation bald vornehmen zu können. Die Verbände wurden aller 4—8 Tage erneuert und die Kranken konnten ihrer Arbeit dabei nachgehen. Die Schmerzen liessen in der Regel nach 24 Stunden nach.

Wermann (Dresden).

482. **Bartholinitis und Leistendrüsen**; von Dr. J. H. Rille. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 3. p. 381. 1896.)

Eine 18jähr. Puella der Neumann'schen Klinik in Wien wies einen Abscess der linken Bartholinischen Drüse auf, in beiden Leisten haselnussgrosse indolente Drüsen. 14 Tage nach der Eröffnung und Auskratzung des Abscesses begann die linke Leistendrüse bis über Taubeneigrösse anzuschwellen, es trat Fluktuation ein und nach der Incision entleerten sich grosse Mengen blutig gefärbten übelriechenden Eiters. Die Wundhöhle war vollständig glatt, ohne Drüsenreste, am Grunde zeigten sich schwärzliche Blutgerinnsel. Mit dem Abscesseiter am Schenkel vorgenommene Impfungen verliefen resultatlos.

Während vereiternde Drüsenschwellungen der Leiste in der Mehrzahl der Fälle durch venerische Geschwüre bedingt sind, war diese Ursache im vorliegenden Falle auszuscheiden, in gleicher Weise war ein Bubo in Folge Trippers anzuschneiden. Die mikroskopische Untersuchung des Eiters ergab den Streptococcus pyogenes (longus), der auch in Reinoultur gezüchtet wurde. Die Untersuchung des Eiters der Bartholinitie war versäumt worden. Vom anatomischen Standpunkte aus ist der Zusammenhang des Bubo mit der Bartholinitie wohl denkbar und möglich, da die entsprechenden Lymphgefässgebiete entweder direkt mit einander verbunden sind oder durch Anastomosen mit einander in Zusammenhang stehen. Auch die klinischen Merkmale sprachen für die Zusammengehörigkeit; die Eiterung hatte sich bei steter Rückenlage viel schneller vollzogen, als dies gewöhnlich bei venerischen Bubonen der Fall ist; der Eiter war blutig tingirt, ausserordentlich übelriechend, ein für den Abscess der Bartholinischen Drüse fast charakteristischer Befund. Unter 81 Fällen von Entzündung der Bartholinischen Drüse, die im Jahre 1895 in der Klinik zur Beobachtung kamen, befanden sich 20 Fälle mit Abscessbildung; in 6 von diesen Fällen war eine Schwellung und Empfindlichkeit der Leistendrüsen auf der gleichen Seite festzustellen. In einem Falle endlich war sogar ein stricknadeldicker, schmerzhaftes Lymphgefäss durchzutasten, das im oberen Theile der grossen Schamlippe von der Leistendrüse nach abwärts zog.

Wermann (Dresden).

483. **Die Behandlung der Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum**; von Dr. Adolf Schischa. (Wien. med. Wchnschr. XLVII. 2. 3. 1897.)

Sch. berichtet über 27 Bubonen aus der Grazer dermatologischen Klinik, die, sobald sie deutliche Fluktuation zeigten, nach Lang punktirt und in die hierauf nach Welander eine 1proc. Hydrargyrumbenzoicum-Lösung eingespritzt wurde. Das Welander'sche Verfahren wurde also nicht als Abortivbehandlung angewendet, als welche es häufig im Stiche lässt. Der Bubo wurde an der abschüssigsten, noch fluktuirenden Stelle durch einen 5 mm langen Einschnitt mit dem Spitzbistouri eröffnet, der Eiter entleert und alsdann die Welander'sche Lösung eingespritzt, bis die frühere Grösse des Bubo erreicht war. Die Oeffnung wurde mit dem Finger zugehalten und durch Streichen die Flüssigkeit in alle Nischen gebracht. Die Flüssigkeit wurde hierauf entleert und noch einmal eine gleiche Menge eingespritzt. Alsdann liess man die Flüssigkeit herauslaufen und legte einen Druckverband auf. Die Reaktion war dieselbe, wie bei dem Welander'schen Verfahren, ein 2—3stündiger Schmerz und Fieber bis 40° C. am Tage der Operation. Unter täglichem Verbandwechsel und Ausspülung der Wundhöhle mit Sublimat 1:5000 liess die Eiterung allmählich nach; dauerte sie länger als 7 Tage, so wurde noch einmal eine Einspritzung mit Hydrargyrum benzoatum vorgenommen und alsdann vom Druckverbande zu Breiumschlägen übergegangen. Nur in einem Falle machte sich eine weitere Operation nöthig, und zwar die Abtragung der Hautdecke eines chankrösen Bubo. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug $21\frac{1}{2}$ Tage.

Das Verfahren wies somit grosse Vortheile für die Behandlung der Bubonen auf gegenüber der Excochleation oder Exstirpation der Drüsen. Abgesehen davon, dass letztere Vornahme eine sehr eingreifende Operation für den Kranken darstellt, kann sie bei allzu radikalem Vorgehen zu schweren Folgeerscheinungen, dauernden Oedemen, Elephantiasis und anderen Erkrankungen an den Genitalien führen, wenn die Entwickelung der im umliegenden Fettgewebe liegenden Collateralen gehemmt ist.

Wermann (Dresden).

484. **Eléphantiasis des organes génitaux externes consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux**; par Georges Brouardel. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 6. p. 863. 1896.)

Ein 44jähr. Kutscher, syphilitisch inficirt im Jahre 1880, behandelte sich selbst mit Medikamenten. Im Juli 1892 wurde die Entfernung der Leistendrüsen beiderseits vorgenommen wegen beiderseitigem eiterigen Bubo; der Kranke blieb 5 Monate im Hospital. 3 Monate später bemerkte er, dass das Scrotum beträchtlich anschwoll. Eine eingeleitete antisyphilitische Behandlung war erfolglos. Bald nahm auch das Volumen des Penis beträchtlich zu. Nachdem im Verlaufe eines Jahres die Anschwellung noch weiter zugenommen hatte, fand der Kr. Aufnahme in der Abtheilung von Fournier. Jodkalium und Dupuytren-Pillen brachten für einige Monate Besserung, alsdann neue Verschlimmerung, die in Ruhelage und unter Calomelinjektionen allmählich zurückging, so dass die Hoden wieder durchgefühlt werden konnten; der rechte Hoden war um das Doppelte vergrössert, in der Tunica vaginalis Flüssigkeit.

Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

485. **Bericht über weitere Erfahrungen mit einer „neuen Operation zur Heilung der Incontinentia urinae"**; von Franz T. B. Feet in Plane Road, Michigan. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 4. p. 346. 1896.)

Das Verfahren hat den Zweck, die Wandungen zu beiden Seiten der Harnröhrenöffnung zu verdicken, die Mündung zu verengen und dadurch die Widerstandsfähigkeit zu erhöhen. Zu diesem Zwecke wird beiderseits von der Harnröhrenmündung ein möglichst tiefer Längsschnitt angelegt und dann so vernäht, dass die Nahtlinie quer zu liegen kommt.

F. berichtet über 7 Fälle, die sämmtlich guten Erfolg hatten. Bei der von ihm selbst ausgeführten Operationen handelte es sich um Incontinenz nach Entfernung

eines Steines durch die Harnröhre. Das Uebel wurde durch die Operation vollständig gehoben.

J. Praeger (Chemnitz).

486. **Incarceration eines „Col tapiroïde" in einem Schatz'schen Schalenpessar**; von Dr. H. Peters in Wien. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. III. 2. p. 131. 1896.)

Eine 38jähr. Nullipara erlitt vor 4½ Jahren auf eine Kraftanstrengung hin einen Prolaps der etwa fingerlangen Vaginalportion. Die vorgeschlagene Operation liess die Frau nicht vornehmen; dagegen wurde ihr vor 1½ Jahren ein *Schatz*'sches Schalenpessar eingelegt. 8 Tage, bevor sie P. consultirte, wurde das Pessar von Neuem eingelegt, worauf bald Schmerzen und Blutung auftraten. Die Untersuchung ergab, dass das Pessar, durch dessen mittlere Oeffnung die Portio durchgedrängt war, die Portio theilweise amputirt hatte. Es wurde darauf hin die Portio in der Länge von 5 cm abgetragen. Nach 10 Tagen wurde die Kr. geheilt entlassen.

P. hat schon früher einen ähnlichen Fall beobachtet und fügt bei, dass im Ganzen jetzt 11 derartige Fälle veröffentlicht worden seien.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

487. **Ein Fall von Endotheliom der Portio vaginalis**; von Albert Braetz in Halle a. S. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 1. 1896.)

Bei einer 18jähr. Person mit virginaler Scheide ging von der hinteren Muttermundslippe eine papilläre etwa 2 cm hohe Geschwulst aus, die leicht blutete und brüchig war. Der Uterus wurde exstirpirt, die Kr. soll nach etwa 6 Wochen gestorben sein. Der Tumor wurde von epitheloiden Zellen gebildet, die, ohne Intercellularsubstanz, theils frei in Hohlräumen lagen, theils dicht gedrängt die Wand von Zellenschläuchen bildeten. Zwischen diese Zellen eingestreut oder im Lumen der Schläuche lagen zahlreiche Leukocyten. Aehnlich wie eine von Amann jun. beschriebene Geschwulst wird der Tumor als Endothelwucherung der Lymphspalten und Lymphkanäle angesehen. Eine Entstehung aus benachbartem Epithel war mit einiger Sicherheit auszuschliessen.

Brosin (Dresden).

488. **Beiträge und Bemerkungen zur intrauterinen Therapie** *(eine neue Methode zur Behandlung der Cervikalstenose)*; von G. Zepler in Berlin. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. 4. p. 218. 334. 1896.)

Z.'s „neue Methode" zur Behandlung von Verengungen des Gebärmutterhalskanals ist folgende: Zunächst Erweiterung mit Laminaria, bis Durchgängigkeit für den Finger hergestellt ist, dann meist Ausschabung. Darauf wird ein Metallspiegel in den Halskanal bis zur verengten Stelle eingeführt. Dann wird tastend oder unter Beleuchtung mit elektrischer Stirnlampe ein kleiner *Paquelin*'scher Brenner eingeführt und die verengende Leiste, wenn es nothwendig ist, auch das Gewebe ringsum [! Ref.] ausgebrannt. Dann kühle Spülung und Einführung von Jodoformgaze, die am nächsten Tage entfernt wird; darauf intrauterine Spülung aller 1—6 Tage.

Z. betont selbst, dass bezüglich des Dauererfolges seiner Methode „Weiteres" abzuwarten bleibt.

J. Praeger (Chemnitz).

489. **Zur intrauterinen Therapie**; von M. Hofmeier, (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 4. p. 301. 1896.)

Ein Arzt machte einer Kr. in der Sprechstunde mit einer Metallspritze mit dünnem Ansatzrohr ohne vorherige Erweiterung des Halskanals eine Einspritzung mit 50proc. Chlorzinklösung. Sofortige Schmerzen. Opium. Zu Hause Zunahme der Schmerzen, Erbrechen, Anschwellung des Leibes. Tod 12 Stunden nach der Einspritzung.

Die Leichenöffnung ergab eine akute Bauchfellentzündung. Gebärmutter um die Hälfte vergrössert; Schleimhaut in einen grauen schmierigen Schorf verwandelt, dagegen Schleimhaut beider Eileiter glänzend, nicht verschorft.

H. führt den unglücklichen Ausgang nicht auf den Gebrauch der *Braun*'schen Spritze, sondern auf die Anwendung des starken Aetzmittels, das vielleicht ausser der Aetzwirkung auch allgemein giftig gewirkt hat, zurück.

Statt der Chlorzinklösungen empfiehlt H. eine Lösung von 10—20 Theilen Carbol auf 90—80 Alkohol mit der *Braun*'schen Spritze mit nicht zu dünnem Hartgummiansatzrohr einzuspritzen. Nöthig ist dabei eine gewisse Weite des Halskanals, die man eventuell mit *Schröder'schen* Kupfersonden herstellen muss. Bei entzündlichen Vorgängen in den Anhängen sind die Einspritzungen wegen der unvermeidlichen Zerrung der Gebärmutter zu vermeiden.

J. Praeger (Chemnitz).

490. **Perforation des Scheidengewölbes mit dem Zangenlöffel. Kunstfehler oder unglücklicher Zufall?** von Prof. E. v. Hofmann. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 36. 1896.)

Bei einer 32jähr. Drittgebärenden hatte der hinzugerufene Arzt im Verlaufe einer Stunde drei vergebliche Zangenversuche am noch hochstehenden Kopfe gemacht und die Kreissende alsdann in die II. geburtshülfliche Klinik in Wien verbringen lassen. Hier wurde eine Uterusruptur diagnosticirt und die Sectio caesarea nach Porro vorgenommen. Am Tage darauf Tod. Die nach Eröffnung des Uterus entfernte Frucht war 3560 g schwer und abgestorben.

Die weitere gerichtlich geführte Untersuchung ergab, dass keine Berstung der Gebärmutter vorlag, wohl aber eine guldenstückgrosse lochförmige Zerreissung des linken Scheidengewölbes. Als Todesursache fand sich septische Peritonitis.

Gegen den behandelnden Arzt wurde wegen fahrlässiger Tödtung, bez. wegen fahrlässiger Verletzung das gerichtliche Verfahren eröffnet. Das Gutachten von v. H. sah in der Behandlungsweise des Arztes einen Kunstfehler, da er offenbar beim Anlegen der Zange an den noch hochstehenden Kopf bei mangelhaft erweitertem Muttermunde einen falschen Weg gemacht und die Scheide perforirt habe. Auf ein günstiger lautendes Gutachten Schauta's, der einen in der grossen Schwierigkeit des Falles liegenden Unglücksfall annahm, erfolgte die Freisprechung des behandelnden Arztes.

v. H. begründet nun in der vorliegenden Abhandlung seine Auffassung in ausführlicher Weise.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

491. **Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide nach Champetier-Mäurer**; von Dr. A. Müller. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 415. 1896.)

M. hat mehrfach mit gutem Erfolge den Ballon von Champetier de Ribes zur Cervixdilata-

tion angewandt. Wegen dessen hohen Preises (25 Mk.) und geringer Widerstandsfähigkeit hat M. ein ähnliches Modell anfertigen lassen, das sich ihm besonders gut bewährte. Der Ballon wird leer mittels Kornzange in den Uterus, dessen beide Muttermundslippen mit Kugelzangen angezogen werden, eingeführt und alsdann durch einen mit ihm communicirenden Füllballon angefüllt. Ein Hahnverschluss verhindert das Rückfliessen der Füllflüssigkeit. Die Desinfektion des Ballons geschieht durch Abbürsten und Einlegen in Lysollösung. Er verträgt übrigens auch das Auskochen.

Mit Hülfe des von Mäurer zuerst empfohlenen Zuges, am besten durch elastischen oder Gewichtzug, kann man nach M. mit Sicherheit in einer die Durchschnittdauer einer Eröffnungsperiode nicht übersteigenden, meist viel geringeren Zeit die völlige Erweiterung der Cervix erzielen. Die Dauer der mittels dieser Methode eingeleiteten Frühgeburten ist eine sehr befriedigend kurze und der Verlauf ein in jeder Beziehung guter gewesen. Unter häufigen sofort auftretenden Wehen wurde die völlige Erweiterung in wenigen Minuten erzielt und konnte so der nothwendige Eingriff ohne Gefahr für die Mutter ausgeführt werden. Die Füllung des Ballons geschah mit sterilisirter oder leicht antiseptischer Flüssigkeit.

M. will durch die Ballondilatation die Cervixincisionen auf die Fälle beschränkt wissen, in denen der Kopf so tief steht, dass ein Einlegen des Ballons weder in den Uterus, noch in die Scheide möglich ist.

Der nach M.'s Angabe angefertigte Ballon kostet aus Patentgummi 5 Mk., aus Maschinengummi 6 Mk. 50 Pf., letzterer mit Füllballon und geschützter Messingverbindung mit abnehmbarem Hahn 15 Mk. Zu beziehen von Instrumentenfabrikant *Stiefenhofer* in München, Carlsplatz 5. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

492. **Bericht über die Morbiditäts- und Mortalitätsverhältnisse auf der geburtshülflichen Klinik von Prof. Pawlik in der Zeit vom 1. October 1887 bis 31. December 1895**; von U. Pipek in Prag. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. 4. p. 203. 319. 1896.)

P. bespricht zunächst die von Pawlik geübte Methode der äusseren Untersuchung Schwangerer und Kreissender. Er betont im Gegensatze zu Leopold, dass es oft möglich ist, mittels des Griffes über der Schamfuge die Halsfurche und das Kinn zu tasten.

Jede Kreissende erhält nach der äusseren Reinigung eine Scheidenausspülung mit Lysol, ebenso nach jeder neuerlichen Untersuchung. Nach Operationen innerhalb der Gebärmutter wird diese ausgespült. Im Wochenbette jedoch werden die inneren Geschlechtstheile möglichst nicht berührt.

In der oben angegebenen Zeit wurden in der Anstalt entbunden 8699 Frauen, entbunden eingeliefert 225 Frauen. Zwillingsgeburten kamen 129, Drillingsgeburten 1 vor. Erstgebärende waren 4706, Mehrgebärende 4218. Von 9029 Kindern wurden 8560 lebend geboren.

Von den 8924 Müttern starben im Gebärhause 59, von 94 wegen der engen Raumverhältnisse der Anstalt in das Krankenhaus verlegten starben 15, im Ganzen also 74 Frauen = 0.83%. Von den Kindern starben in der Anstalt 481 = 5.62%. Von den Erstgebärenden erkrankten im Wochenbette 341, von den Mehrgebärenden 282; schwerere Wochenbettserkrankungen traten im Ganzen in 237 Fällen auf (2.65%). In den letzten Jahren hat die Zahl der Erkrankungen von Jahr zu Jahr abgenommen.

Vor der Geburt starben 9 Frauen, septisch inficirt 29, aus anderen Todesursachen 38. Von den septisch inficirten entfallen auf Rechnung der Anstalt 11 = 0.12%. J. Praeger (Chemnitz).

493. **Ueber chirurgische Fortschritte in der Geburtshülfe**; von A. Dührssen. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 160. 1896.)

D. bespricht in diesem in der freien Vereinigung der Berliner Chirurgen gehaltenen Vortrage im Wesentlichen von ihm selbst eingeführte Methoden, so die Uterustamponade mit Jodoformgaze bei Aborten, die vaginale Laparotomie bei Eileiterschwangerschaft, die Anwendung des vaginalen Kaiserschnittes bei Myom und Krebs, bei Eklampsie, intrauteriner Blutung, bei Tod der Mutter, die vaginale Totalexstirpation bei Gebärmutterzerreissung, die tiefen Gebärmutterhals- und Scheidendammeinschnitte, die Ausstopfung der Gebärmutterhöhle bei atonischen Nachblutungen.

Alle diese Methoden hat D. bereits früher und an verschiedenen Orten beschrieben, so dass sie den Lesern dieser Jahrbücher genügend bekannt sein dürften. So hoch man einzelne von ihnen, wie die Gebärmutterausstopfung, schätzen mag, so muss entschieden bezweifelt werden, dass andere, wie der vaginale Kaiserschnitt, die vaginale Cöliotomie Gemeingut der Geburtshelfer werden können und dass die Geburtshülfe auch in Zukunft, obwohl, wie D. sagt, die „Specialisirung unseres Faches“ immer mehr fortschreitet, im Wesentlichen die Domäne des praktischen Arztes bleiben wird (mit Ausnahme der Grossstadt), steht wohl sicher fest. Es ist deshalb unseres Erachtens nicht richtig, wenn klinische Lehrer Methoden empfehlen, die der praktische Geburtshelfer ohne jahrelange Vorbildung und ohne genügende Assistenz nicht anwenden kann oder nur mit Schaden für die Schwangeren und Kreissenden anwenden wird.

J. Praeger (Chemnitz).

494. **Bericht über 105 Geburten bei engem Becken aus den Jahren 1891—1895**; von Dr. Ludwig Knapp in Prag. (Arch. f. Gynäkol. LI. 3. p. 489. 1896.)

Unter 4289 Geburten bilden die 105 bei engem Becken einen Procentsatz von 2.44. Diese geringe Zahl lässt darauf schliessen, dass das enge Becken

namentlich in seinen höheren Graden, in Böhmen selten ist. Platte und allgemein verengte Becken ohne nachweisbare Zeichen von Rhachitis überwiegen scheinbar in ihrer Zahl (34 und 24) die Beckenverengerungen, bei denen Rhachitis ausgesprochen war (31). Osteomalacie fand sich 8mal, und zwar ausschliesslich im Jahre 1895. Die Frauen mit engem Becken waren im Gegensatze zu der sonst kräftigen Bevölkerung meist gracil gebaut. In Bezug auf die Behandlung suchte man möglichst abwertend zu verfahren und hielt den Grundsatz fest, in erster Linie das mütterliche Leben zu erhalten. Die künstliche Frühgeburt wurde 2mal, die Zange 17mal, die Wendung 17mal (3mal prophylaktisch), die Perforation 22mal (darunter 9mal am lebenden Kinde), der Kaiserschnitt 10mal ausgeführt. Von den 105 Müttern starb 1, von den Kindern kamen todt 33 (31.43%). Neben der Mortalität der Mütter von 0.95% geht eine Morbidität von 3.81% einher.

Brosin (Dresden).

495. **Ein Beitrag zur Kenntniss des spondylolisthetischen Beckens**; von Doc. Dr. Rich. Braun von Fernwald in Wien. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 78. 1896.)

Eine Spondyloptosis höchsten Grades wurde erst bei der 5. Enthindung der 36jähr. Frau erkannt und gelegentlich des Kaiserschnittes bestätigt, obwohl neben zwei Fehlgeburten bereits eine Wendung und eine künstliche Frühgeburt vorausgegangen waren. Als 16jähr. Mädchen hatte die Kr. bei schwerem Karrenschieben in der Kreuzgegend einen Riss empfunden, war aber nach $\frac{1}{2}$jähr. Kranksein wieder völlig arbeitfähig geworden. Eine Grössenabnahme war ihr nicht aufgefallen. Gleichwohl fand sich der Thorax derart in das Becken herabgesunken, dass die Rippenbögen fast bis an die Darmbeinschaufeln reichten. Die Lendengegend war sattelförmig eingezogen, das Kreuzbein in seiner oberen Hälfte nach hinten gedrängt, die Michaelis'sche Raute zeigte einen verkürzten Längen- und einen verlängerten Breitendurchmesser. Die Dornfortsätze des Sacrum, sowie der Hiatus sacralis waren äusserst deutlich zu tasten. Eine Beweglichkeit der Beckengelenke war selbst beim Gehen nicht nachweisbar.

Am Becken fiel vor Allem die geringe Neigung auf; sie betrug ca. 14°. Dem entsprechend stand und ging die Frau mit etwas gebogenen Knieen. Entgegen den früheren Beobachtungen war die Schrittlänge mit 57 cm eine abnorm grosse. Auch konnte die Frau einen schweren Gegenstand, der vor ihr stand, mit ausgestreckten Armen erheben. Beides, weil die Verbindung der unteren Gelenkfläche des letzten Lendenwirbels mit der vorderen Fläche der ersten zwei Kreuzbeinwirbel völlig verknöchert war und daher die sonst üblichen Schmerzen fehlten. Am Kreuzbein selbst war eine Abknickung nicht bemerkbar. Einem relativ grossen Abstand der Spinae und Cristae (26 und 30 cm) steht ein geringer der Trochanteren gegenüber ($28\frac{1}{2}$ cm). Die Conj. ext. betrug $18\frac{1}{4}$, die Conj. diag. dagegen nur 9 und die Conj. vera nur $7-7\frac{1}{4}$ cm. Der Ausgang war im graden und queren Durchmesser verengt. Die herabgeglittene lordotische Lendenwirbelsäule und die Bifurkation der Aorta liessen sich deutlich abtasten, die Linea terminalis war dagegen schwer zu erreichen.

Die Aetiologie des Falles bleibt unsicher. Rhachitis und Osteomalacie sind bestimmt auszuschliessen. Entweder handelt es sich um eine angeborene Spondylo-lysis, bez. -schisis, die in Ptosis überging, oder es ist die Erkrankung (nach Lane) durch die constante Belastung in Folge schwerer Arbeit hervorgerufen. Beim Herabgleiten der Wirbelsäule ist jedenfalls eine Trennung des Wirbelbogens vom Wirbelkörper eingetreten, denn während letzterer tief im Becken steht, prominirt sein Dornfortsatz an normaler Stelle.

Brosin (Dresden).

496. **Ein neuer klinisch beobachteter Fall von Spondylolisthesis**; von Dr. Jellinghaus in Halle. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 428. 1896.)

Die Kr. kam im 26. Jahre nach Nabelschnurvorfall spontan mit einer todten Frühgeburt aus dem 9. Monat nieder. Schon in frühester Kindheit soll ihre Wirbelsäule verkrümmt gewesen sein, ein Trauma in der Pubertätzeit hat sie nicht betroffen, vielmehr war sie zu schwerer Feldarbeit fähig. Sie ging mit ziemlich grossen Schritten. Ihre Grösse betrug $146\frac{3}{4}$ cm bei kräftigem Knochenbau. Die innere und äussere Untersuchung ergab die typischen Zeichen der Spondyloptosis. Gesichert wurde die Diagnose durch das Fehlen der normaler Weise die Fortsetzung der Linea innominata bildenden, zwischen 1. Kreuzbein- und 5. Lendenwirbelkörper gelegenen Bandscheibe, sowie durch das Fühlbarsein der Lateralmassen des Kreuzbeins zu beiden Seiten des 5. Lendenwirbels. Auf dem Endpunkte der „stellvertretenden" Conj. vera, am 3. Lendenwirbelkörper fühlte man die Bifurkation der Aorta und weiterhin die Theilung der rechten Art. iliaca und hypogastrica. Die Entfernung der Spinae betrug $26\frac{3}{4}$, die der Cristae 30, die der Trochanteren $30\frac{1}{4}$ cm; Conj. ext. (zum 5. Lumbaldorn gerechnet) 21, Conj. sacropubica 10, Conj. diag. $10-10\frac{1}{4}$, Conj. pseudovera $7\frac{1}{2}-8$ cm. Eine abnorme Beweglichkeit der Beckengelenke bestand nicht.

Wahrscheinlich ist in diesem Falle ein congenitaler Ossifikationdefekt im Bogen des 5. Lendenwirbels für eine gelegentlich eines Trauma entstandene Spondyloptosis prädisponirend gewesen. Brosin (Dresden).

497. **Ueber die Perforation des nachfolgenden Kopfes**; von Dr. Hergenhahn. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 250. 1896.)

Es ist die Frage angeregt worden, ob man nach dem Absterben des Kindes, falls die Geburt des nachfolgenden Kopfes stockt, erst noch eine dringende Indikation verlangen, bez. eine gewisse Zeit abwarten, oder ob man gleich zur Perforation schreiten soll. Das Material der königl. Frauenklinik in Dresden, 46 Fälle aus den Jahren 1883—95, die in übersichtlicher Anordnung mitgetheilt werden, lässt es H. nicht nöthig erscheinen, den Zeitpunkt der Operation hinauszuschieben. Eben so wenig liegt das Bedürfniss nach einer Aenderung der Technik vor. Mit der *Siebold*'schen Scheere wird der Schädel durch den zunächst und am leichtesten erreichbaren Knochen seines Gewölbes hindurch eröffnet. Zwei Perforationen der Schädelbasis erwiesen sich als unzureichend und erforderten noch die Durchbohrung der Schädelkapsel. Das Instrument wurde meist unter der Symphyse eingeführt, da dieser Weg der kürzeste ist und völlige Deckung der Weichtheile durch die andere Hand gestattet.

Brosin (Dresden).

498. **Bekämpfung der post partum- und parenchymatösen Höhlenblutungen mittels nicht drainirender, imprägnirter Gase**; von O. Schaeffer in Heidelberg. (Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 40. 1896.)

Die Ausstopfung der nach der Geburt anhaltend erschlafften Gebärmutter mit Jodoformgaze, die nach Dührssen's Vorschlag weiteste Verbreitung gefunden hat, hat nach Sch. den Nachtheil, dass in Folge der drainirenden Eigenschaft der Gaze oft das Blut nach kurzer Zeit durch die Gaze hindurchrieselt. Er hat deshalb eine mit Guttapercha imprägnirte Gaze herstellen lassen, die sich sterilisiren und auch mit Jodoferm, Nosophen, Itrol, Airol oder Ferripyrin versetzen lässt. Nur an der Haftstelle des Fruchtkuchens möchte Sch. saugende Gaze anliegend wissen, damit sich nicht Blutgerinnsel bilden und diese Wandstelle weiter erschlaffen und abdrängen können. Zuerst wird also eine mehrfache Lage gewöhnlicher antiseptischer Gaze eingeführt, dann imprägnirte Gaze fest nachgestopft, doch so, dass das drainirende Ende der ersten Gazelage zwischen dieser zweiten Gaze hindurchläuft. J. Praeger (Chemnitz).

499. **Ueber die Geburt bei Hydromeningo- und Hydrencephalocele**; von Dr. M. Johansen in Kiel. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 1. 1896.)

J. stellt 11 geburtshülflich beobachtete Fälle von Hydromeningo- und Hydrencephalocele aus der Literatur in Tabellenform zusammen; die kleine Anzahl dieser Beobachtungen erklärt sich nach J. dadurch, dass fast alle hierhergehörigen Beobachtungen von Pathologen und Chirurgen gemacht sind, für die nur das geborene Kind, nicht aber der Geburtsverlauf von Interesse war. In 9 von diesen 11 Fällen bestand eine Anomalie der Kindeslage; 4mal handelte es sich um Gesichtslage, 2mal um Schieflage und je 1mal um Stirnlage, Querlage und Steisslage.

Den Geburtsverlauf bei einer in der Tabelle ebenfalls aufgeführten Beobachtung der Kieler Klinik schildert J. ausführlich.

22jähr., gracil gebaute Zweitgebärende. II. Stirnlage. Wegen Frequenzschwankungen der kindlichen Herztöne Extraktion mit der Zange. Asphyktisches, bald wiederbelebtes Mädchen, 48 cm lang, 4150 g schwer. Der Kopf bot die typische Configuration der Stirnlage. $1^1/_2$ cm unterhalb der kleinen Fontanelle hing, von der Mitte der Hinterhauptschuppe breit gestielt entspringend, eine fast bis an den Anus reichende, schlaff gespannte, fluktuirende Geschwulst in Form eines Chignon über den Rücken herab. Dieser Geschwulstsack war 20.5 cm lang, sein grösster Umfang betrug 35 cm. Am 6. Tage nach der Geburt Abtrennung der Geschwulst; 11 Tage nach der Operation Tod in Folge von eitrigem Hydrocephalus internus. Die Untersuchung der Geschwulst ergab, dass es sich um eine Hydromeningocele handelte.

Als Ursache der Stirneinstellung war in diesem Falle zweifellos, ebenso wie in den 4 Fällen von Gesichtslage, das Hängenbleiben des Hinterhauptes an der Linea innominata in Folge seiner Verlängerung durch die Missbildung anzusehen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

500. **Ueber die Schwankungsbreite der Gewichtsverhältnisse von Säuglingen in den ersten 14 Lebenstagen und die Ursachen dieser Schwankungen**; von Dr. O. Schaeffer in Heidelberg. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 282. 1896.)

Die Wägungen von 592 reifen, gesunden Kindern der Münchener und der Heidelberger Frauenklinik ergaben folgende Resultate: Nur $14^1/_3$% aller Kinder haben am 7. Tage ihr Anfangsgewicht wieder erreicht oder überschritten und nehmen auch weiterhin bis zum 14. Tage zu. Das Anfangsgewicht wird von 41% erst am 14. Tage erreicht oder überschritten. Unter dem Initialgewicht bleiben am 14. Tage $44^1/_2$%. Das Mindestgewicht fällt auf den 3. Tag; das Anfangsgewicht wird durchschnittlich erreicht am 9. bis 10. Tage; das Maximum fällt auf den 10. bis 12. Tag. Je geringere Neigung zur Gewichtszunahme besteht, desto unregelmässiger ist der Termin, an dem das Minimum und das Maximum auftreten. Die Knaben weisen weniger grosse Schwankungsbreiten der Zu- und Abnahme auf als die Mädchen. Die wesentlich über Mittelgewicht Geborenen, besonders die Mädchen, zeigen stärkere Tendenz zur Abnahme. Einfluss der Mutter: Primiparae unter 55 kg und unter 20 Jahren gebären durchschnittlich die leichtesten Kinder mit der geringsten Neigung zur Zunahme. Ebenso kranke und schwer arbeitende Mütter bei schlechter Ernährung. Am günstigsten liegt die Gewichtszunahme bei Kindern von Primi- und Pluriparae über 55 kg und zwischen 20 und 29 Jahren; diese gebären auch mehr Knaben! Schwäche der Mütter wird durch kräftige Väter meist zu Gunsten des kindlichen Gewichtes ausgeglichen. Die thatsächliche Gewichtsabnahme bis zum 3. Tage ist grösser und die Gewichtszunahme bis zum 7. Tage kleiner als die Gewichtsdifferenz zwischen Milch und Exkrementen beträgt. Trotzdem erzielt die Verbrennungswärme der Milch gegenüber allen Exkrementen von Anfang an ein Plus, das zur Erzeugung von Wärme dient. Zu dem Zwecke der Umwandlung des poikilothermen Fötus in den homoiothermen Säugling tritt in den ersten Tagen eine lebhafte Consumption des kindlichen Körpers ein. Deshalb besteht Parallelität der Gewicht-, der Temperatur- und der Gesammt-N-Ausscheidungcurven. In den ersten 3 Tagen giebt die Harnsäurecurve Ausdruck vom Verbrauch des Körpers durch Eigenverbrennung. Von da ab tritt mit der stärkeren Milchernährung die Harnstoffcurve in den Vordergrund. Unreife Kinder zeigten weit grössere Gewicht- und Temperaturabnahmen, grössere Stickstoffabscheidung im Urine und weit häufiger Ikterus. Die Kinder von 21 tuberkulösen Müttern hatten ein Durchschnittsgewicht von nur 2847.4 g und blieben am 14. Tage noch um 177.7 g unter diesem Anfangsgewicht; ebenso gesunde Kinder luetischer Mütter. Der Icterus neonatorum kommt zu Stande auf Grund der Consumption des kindlichen Körpers zum Zwecke der Wärmeproduktion. Dadurch vermehrte Gallenbildung in der Leber; die Galle gelangt in die Blutbahn, weil Wassermangel im

Körper besteht und dadurch der Druck im Gallengangsystem gering ist, die geringe Nahrungzufuhr die Gallenbewegung nicht anregt und zugleich den Druck in der V. portae nicht, dem fortgefallenen Druck der Nabelvene entsprechend, erhöht. Durch die Athmung ist die Hohlader mehr entlastet, und so ist der Rückdruck von Seiten des Lebergefässsystems ein geringerer. Bei Foeten geschieht die Gallenentleerung nicht beständig, sondern schubweise. Der Ikterus ist deshalb besonders oft bei schwächlichen kranken und unreifen Kindern, andererseits auch bei solchen mit lange meconialem Stuhle. Bei Ikterus besteht durchschnittlich geringere und seltenere Zunahme des Gewichtes. Nach Soxhlet ernährte Kinder zeigten am 7. Tage keine, am 14. Tage aber doch eine geringere Körperzunahme als andere. Da das Neugeborene einer bedeutenden Zufuhr von wärmebildenden Nahrungstoffen bedarf, so ist eine fettreichere und eiweissärmere Milch zu empfehlen (Gärtner). Bei besonders gut entwickelten Kindern waren die Gewichtsabnahmen am 14. Tage geringer, als bei Kindern mit Durchschnittsgewicht. Ikterus kommt bei solchen nur in Verbindung mit einer Gewichtsabnahme vor. Brosin (Dresden).

501. **Du rachitisme congénitale**; par le Dr. Tschistowitch. (Arch. russes de Pathol. etc. II. 4. p. 614. 1896.)

T. fand bei der Untersuchung von 100 Neugeborenen 72mal die Knochen normal; 15mal war Osteochondritis syphilitica vorhanden, 13mal zeigten sich Veränderungen, die auf Lues oder auf Rhachitis, oder auf beides schliessen liessen. T. hält das Vorkommen einer angeborenen Rhachitis nicht für erwiesen. Mindestens ist sie überaus selten. Brückner (Dresden).

502. **Ueber die Bedeutung des Milztumors bei Rhachitis**; von Prof. v. Starck. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 265. 1896.)

Bei der Mehrzahl aller rhachitischen Kinder ist die Milz zu fühlen. Das ist richtig. Man hat daraus geschlossen, dass zur Rhachitis ein Milztumor gehöre und dass die Rhachitis deshalb wahrscheinlich eine Infektionkrankheit sei. Das ist nach v. St. beides nicht richtig. Die Milz ist bei kleinen Kindern, namentlich aber bei Kindern mit rhachitischem Thorax leicht zu fühlen, auch wenn sie nicht vergrössert ist, und die Milz ist in den ersten 3 Lebensjahren bei den allerverschiedensten Krankheiten sehr häufig vergrössert (sie neigt augenscheinlich bei Kindern in ähnlicher Weise wie die Lymphdrüsen zur Anschwellung). Diese beiden Umstände mindern die Bedeutung des Milztumor bei der Rhachitis, wie v. St. genauer ausführt, sehr beträchtlich herab. Da, wo die Milz wirklich vergrössert ist, können wir das eben so gut auf die Begleitkrankheiten (Lungen-, Darmkatarrhe u. s. w.) beziehen, wie auf die Rhachitis. Dass der Grad der Milzschwellung dem Grade der Rhachitis entspräche, ist sicher nicht richtig und die Rhachitis ist ganz gewiss keine Infektionkrankheit. Dippe.

503. **Facies rachitique**; par le Dr. F. Regnault. (Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 513. Nov. 1896.)

Der Schädel der Rhachitischen ist nach eingehenden Messungen nicht voluminöser als der anderer Menschen, er verliert nur an dem Höhendurchmesser und wird brachycephal. Der Hydrocephalus wird es auch, der Schädel nimmt aber eine sphärische Gestalt an. Insbesondere glaubt R., auf eine Atrophie des Os maxillare superius bei der Rhachitis hinweisen zu müssen, mit einer Depression der Fossa canina, und zwar so, als wenn Jemand mit Daumen und Zeigefinger in diese Grube stark gedrückt und so die Dentes incisivi herausgepresst hätte. Diese Excavation der Fossa canina hält R. für ein pathognomonisches Zeichen der Rhachitis. Flachs (Dresden).

504. **La tétanie chez les enfants**; par le Dr. Romme. (Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 526. Nov. 1896.)

Die etwas unsichere Stellung, die der Begriff der Tetanie in unserer Pathologie einnimmt, veranlasst R. zu seinen Auseinandersetzungen. Insbesondere wendet er sich gegen die Meinung (Kassowitz), dass die Tetanie nichts Anderes als eine Begleiterscheinung der Rhachitis sei. Er stützt seine Ansicht durch Arbeiten von Kalischer und Loos, deren ziemlich grosse Zahlen einen nothwendigen ätiologischen Zusammenhang zwischen Rhachitis und Tetanie widerlegen. Eben so wenig kann man den Verdauungstörungen einen so ausschliesslichen Werth beilegen, wie dies von manchen Seiten gethan wird. Sind doch manche Fälle von Tetanie ganz frei von irgend welchen Darmaffektionen. Auch die jüngst sehr beliebte Autointoxikation vom Digestiontractus aus hat durch die Arbeiten von Neisser und Lübbert etwas an Haltbarkeit eingebüsst. Es lässt sich für die Tetanie eine specielle Pathogenie noch nicht aufstellen. Die Krankheit tritt bei Rhachitis, bei Verdauungstörungen, bei Infektionkrankheiten und Intoxikationen auf. Geht sie nun von gewissen Hirncentren aus, auf die die verschiedenen Ptomaine oder Toxine einwirken? Oder haben wir es mit einem specifischen Mikroorganismus zu thun, dem die angegebenen Krankheiten den Boden bereiten? (epidemische [?] Fälle von Escherich).

In klinischer Beziehung sind einzelne Zeichen nicht von der pathognomonischen Bedeutung, wie sie ihnen von manchen Autoren beigelegt worden ist. Besonders gilt dies vom Laryngospasmus (Escherich), der sicher bei der Tetanie sehr häufig, aber doch nicht regelmässig ist. Dasselbe gilt von dem Trousseau'schen Zeichen (Druck auf

die Hauptarterie löst einen Krampf aus) und dem Facialissymptom (Schlag auf den Nerven ruft blitzartige Zuckungen der Muskeln hervor), und von anderen Zeichen mehr, die eine Uebererregbarkeit des Nervensystems bekunden. R. will für die Tetanie nur die charakteristischen Symptome gelten lassen, die in den bekannten Contraktionsstellungen der Hände (main d'accoucheur) und Füsse (pes equinus etc.) bestehen. Begrenzt man die Tetanie in dieser Weise, so ist sie keine häufige Krankheit, besonders in Frankreich selten. Die Symptomatologie der Tetanie wird näher geschildert, accessorische Phänomene (Pulswechsel, Congestionen u. s. w.), und die durch das überreizte Nervensystem hervorgerufenen Erscheinungen werden genauer beleuchtet. Unter Anderem hebt R. noch verschiedene Störungen der Sensibilität und Motilität hervor, z. B. ein charakteristisches Oedem auf der Streckseite des Hand- und Fussgelenkes. Zum Schlusse werden die verschiedenen Arten der Tetanie je nach der Dauer des Anfalles in 6 Klassen getheilt, unter denen die klassische Form die 4. Stelle einnimmt.

Die Diagnose der wahren Tetanie ist nicht schwer, die Prognose günstig, so lange nicht Laryngospasmus und andere Krankheiten hinzutreten.

Die Therapie ist meist symptomatisch, sich auf das Grundleiden beziehend, das man vermuthet. Ol. jec. phosph. hat stets im Stiche gelassen, ebenso das Thyreoidin. Warme Bäder, Chloroformeinreibungen, in schweren Fällen Morphinum subcutan und Chloroforminhalationen (Cave!), Kal. jodat. und Antipyrin in nicht zu kleinen Dosen bilden das hauptsächlichste Rüstzeug gegen die Anfälle der Tetanie. Flachs (Dresden).

505. **Ueber das nächtliche Aufschrecken der Kinder**; von Dr. L. Braun. (Jahrb. f. Kinderhkde. N. F. XLIII. 4. p. 407. 1896.)

Die als Pavor nocturnus bezeichnete Krankheit ist den Aerzten schon seit dem grauen Alterthume bekannt. Trotzdem gehen die Ansichten über ihr Wesen und ihre Ursache bis zum heutigen Tage auseinander; nur darüber ist man einig, dass den Grund des nächtlichen Aufschreckens der Kinder ein furchteinjagender Traum bildet. Manche Aerzte (Steiner, Henoch u. s. w.) halten den Pavor nocturnus für eine selbständige Erkrankung, für eine primäre Gehirnreizung, die hauptsächlich bei solchen Kindern sich einstellt, die an anderweitigen chronischen Erkrankungen leiden, oder gelitten haben, und deren Nervensystem eine grosse Reizbarkeit bekundet. Andere (West, Bouchut u. s. w.) fassen den Pavor nocturnus nicht als Krankheit sui generis auf, sehen in ihm vielmehr einen einfachen Reflexakt, der hauptsächlich in einer durch Verdauungstörung bedingten Gehirnreizung bestehen soll. Die dritte Gruppe (Silbermann u. s. w.) erkennt sowohl die Existenz der idiopathischen, als der symptomatischen Form an, sieht letztere aber als eine durch die gastrischen Vagusbahnen vermittelte Reflexneurose der pulmonalen Vagusbahnen an. Soltmann hält das Leiden für eine cerebrale Opticushyperästhesie, Hesse und Baginsky meinen, dass eine psychische Anomalie vorliege, die viel Aehnlichkeit besitze mit der Mania transitoria, Emminghaus schliesslich reiht den Pavor nocturnus in die Reihe der psychopathischen Symptomencomplexe ein.

Alle diese Widersprüche würden nach Br. verschwinden, wenn man sowohl die idiopathische, als die symptomatische Form als ein und dieselbe Erkrankung auffassen und diese einheitliche Erkrankung nicht als eine Krankheit sui generis, sondern nur als eine Art Neurasthenie deuten würde. Für diese Theorie findet Br. in folgender Ueberlegung eine Stütze. Das Wesen der Neurasthenie besteht in der abnorm gesteigerten Reizbarkeit des ganzen Nervensystems, sowohl der peripherischen, als der centralen Organe; Hand in Hand hiermit geht die geringere Widerstandsfähigkeit gegen äussere Einflüsse und die raschere Ermüdung; sie zeichnet sich also durch „reizbare Schwäche" aus. Bei allen an Pavor nocturnus leidenden Kindern sind aber ein andauernder Reizzustand und eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems vorhanden. Dass der Pavor bei gesunden Kindern ebenfalls anzutreffen ist, widerspricht nach Br. nicht dem Begriffe der Neurasthenie, denn das gesunde, selbst blühende Aussehen schliesst nicht aus, dass die Kinder neurasthenisch sind.

Der Schlaf der an Pavor nocturnus leidenden Kinder ist, wie der der neurasthenischen, schlecht, oberflächlich, durch Herumwerfen des Körpers vielfach unterbrochen. Je schwächer aber der Schlaf, desto leichter wirken selbst geringe Reize auf das Gehirn ein und rufen Vorstellungen hervor, die im Rahmen eines Traumes verarbeitet werden. Solche Reize nun sind stets vorhanden. Abgesehen von den äusseren Reizen, die durch Vermittelung irgend eines Sinnesorgans auf das Gehirn einwirken, spielen nach Br. chemische Zersetzungsprodukte hierbei eine Rolle. Für gewöhnlich besitzen diese eine so geringe Stärke, dass sie bei gesundem Nervensysteme belanglos sind. Sobald aber die Reizbarkeit der nervösen Apparate zunimmt, können selbst diese Reize erregend wirken. Verknüpfen sich mit diesen centralen Reizen noch andere äussere oder innere (Magendrücken, Würmer u. s. w.), so können sie um so mehr in Funktion treten. Im ersteren Falle bezeichnet Br. die Erregung der Gehirnrinde als idiopathische, im letzteren als symptomatische.

Aber auch noch andere, hauptsächlich bei Neurasthenie vorkommende Symptome zeigen die an Pavor nocturnus leidenden Kinder: Herzpalpitationen, Kopfschmerzen, rasche Ermüdung, und unter denjenigen chronischen Erkrankungen, in

deren Verlaufe es häufig zu Pavor nocturnus kommt, steht in erster Linie die Anämie, die auch die Grundursache einer leicht zur Neurasthenie führenden, krankhaften Ernährung des Nervensystems ist.

Die Soltmann'sche Theorie, nach der der Pavor nocturnus nichts weiter ist, als eine cerebrale Opticushyperästhesie, weist Br. mit dem Hinweise zurück, es läge kein triftiger Grund für die Annahme vor, dass bei einem, an sich nervenschwachen Kinde, bei dem das Gehirn in toto krankhaft erregbar ist, das eine Sinnesorgan reizbarer sein sollte, als das andere. Am wenigsten verständlich wäre dies für den Opticus, denn mit der Tiefe des Schlafes stehe in erster Linie das Hörorgan, nicht das Sehorgan im Zusammenhange, da es eine allbekannte Thatsache sei, dass der Schlaf ein desto leiserer ist, je stärker das Gehör ausgebildet ist. Wenn wirklich nur die Opticushyperästhesie die Grundlage des Pavor nocturnus bilde, so könne er bei Blindgeborenen niemals auftreten, und doch käme er auch bei diesen vor.

Eben so wenig könne man den Pavor nocturnus als psychische Anomalie oder als einen psychopathischen Zustand auffassen, obwohl die Symptome der Anfälle sowohl einzeln, als auch insgesammt bei psychopathischen Kindern vorzukommen pflegen. Aus allen diesen Gründen zieht Br. den Schluss, dass der Pavor nocturnus aus der Reihe der selbständigen Erkrankungen zu streichen und zur Neurasthenie zu rechnen sei.

In der Regel stellt sich der *Anfall* 1—3 Std. nach dem Einschlafen ein. Warum, fragt Br., tritt der Anfall nicht am Anfange oder am Ende des Schlafes ein, wenn die grösste Wahrscheinlichkeit zum Träumen vorhanden ist, warum denn in der Mitte, wo bereits fester Schlaf besteht? und sucht diese bisher noch niemals aufgeworfene Frage durch den Hinweis zu beantworten, dass nervenschwache Kinder viel rascher ermüden als gesunde, so dass zu der Zeit, zu der sie sich zur Ruhe begeben, ihr Gehirn so übermüdet ist, dass die angehäuften chemischen Zersetzungsprodukte nicht ausreichen, die gegen Reize empfindungslose Gehirnrinde zur Funktion zu bringen. Ebenso genügt aber bei derartigen Kindern eine relativ kurze Zeit, um das übermüdete Gehirn zum Ausruhen zu bringen, so dass es 1—3 Stunden nach dem Einschlafen auf innere Reize, mögen diese centrale oder peripherische sein, reagiren kann. Der Anfall tritt gewöhnlich in derselben Nacht nur 1mal auf, selten 2mal und öfter, doch kommen nach West Fälle vor, in denen die Zahl der Anfälle zwischen 7—12 schwankt. Der erste Anfall ist dann gewöhnlich der stärkste, zwischen den einzelnen Anfällen ist der Schlaf kein fester.

Die *Aetiologie* ist vollkommen übereinstimmend mit derjenigen der Neurasthenie. Alle diejenigen Umstände und Erkrankungen, die bei Erwachsenen Neurasthenie bedingen, können bei Kindern Pavor nocturnus zur Folge haben. In dieser Beziehung ist in erster Linie die *Vererbung* zu erwähnen. In vielen Fällen konnte nachgewiesen werden, dass die nächsten Verwandten in aufsteigender Curve en Hypochondrie, Melancholie, Neurasthenie, Hysterie oder Epilepsie litten. Demnächst kommen fehlerhafte Erziehung, Alkoholmissbrauch bei den Eltern oder auch bei den Kindern selbst, chronische Krankheiten, *Verdauungsstörungen*, namentlich Obstipation, in Frage und weiterhin werden als Ursachen angeführt: Ascaris, Dentitio difficilis, Colica, Otitis media, Phimosis, Angina catarrhalis, Masturbatio, Coryza u. s. w. Nach Niemeyer kann dumpfige und warme Zimmerluft Pavor nocturnus-Anfälle verursachen. Was das *Alter* anlangt, so kommt Pavor nocturnus vom Ende der ersten bis zum Anfange der zweiten Dentition vor. Nach Hesse soll das männliche Geschlecht mehr zu der Erkrankung disponiren als das weibliche.

Die *Dauer* der Anfälle ist sehr verschieden und schwankt zwischen 10—30 Minuten, doch können sie auch bis 1 Stunde dauern. In einigen Fällen treten sie allnächtlich auf, in anderen wöchentlich und wieder in anderen in unregelmässigen Zwischenzeiten.

Bezüglich der *Folgen* und der *Prognose* gehen die Ansichten bedeutend auseinander. Während ein Theil der Aerzte den Pavor nocturnus für eine unschädliche Erkrankung hält, ist ein anderer der Ansicht, dass er theils der Vorläufer ernsterer Gehirnerkrankungen ist, theils solche hervorrufen könne.

Die *Therapie* fällt mit derjenigen der Neurasthenie zusammen. Die Kinder von Eltern, die an irgend einer Nervenkrankheit leiden, müssen eine sorgsame Ernährung und Pflege erhalten, sie sollen nur Mutter- oder Ammenmilch geniessen und nach der Entwöhnung muss ihre Ernährung den bekannten guten Methoden entsprechen, wobei eiweiss- und fetthaltige Nahrung überwiegen soll. Jeder entstehenden Anämie muss von vornherein vorgebeugt werden. Durch alle Phasen des Kindesalters ist auf den Schlaf zu achten. Leidet unter mehreren Kindern einer Familie eins an Pavor nocturnus, so darf es mit den übrigen nicht in einem Zimmer schlafen. Die geistige Erziehung soll keine sehr schnelle sein: Besuch von Theater, Circus u. Aehnl. ist verboten. Furchtsame Kinder sollen zum Muthe erzogen werden, aber nicht durch Drohungen oder Strafen. Zum Nachtmahl sollen die Kinder am besten nur Milch erhalten; vor dem Schlafengehen sollen sie geistig nicht in Anspruch genommen werden, auch nicht durch Märchenerzählen.

Gegen die Anfälle werden Bromkalium, Chloralhydrat oder Chinin empfohlen. In leichten Fällen sind Medikamente entbehrlich, in schweren aber räthlich. Kehren die Anfälle häufig wieder, so soll längere Zeit Chinin 0.05—0.1 pro die gegeben werden. Opium ist entschieden schädlich. Gute Dienste leisten warme und laue Bäder (24—27° R.);

kalte Bäder sind zu verwerfen, ebenso Kopfduschen. Gegen Anämie Eisen. Rost (Rudolstadt).

506. **Ein Fall von motorischer Aphasie bei einem Kinde im Frühstadinm eines akuten Exanthems**; von Dr. Martin Brasch in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.)

Br. wurde zur Berathnng bei einem kleinen Mädchen hinzugezogen, das ca. 10 Tage vorher im Verlaufe einer, als „atypischer Scharlach" gedenteten Erkrankung plötzlich die Sprache verloren hatte nnd seitdem stumm war. Die Untersuchung ergab keinerlei Lähmungen oder Spasmen; das Kind ging etwas schwaukend, aber nicht ataktisch, sprach gar nicht, hörte und verstand aber Alles zu ihm Gesprochene, wie sich unzweideutig nachweisen liess. Unter einer gleichgültigen Behandlung besserte sich der Zustand allmählich nnd nach 4 Wochen war die Sprache inhaltlich nnd artikulatorisch durchaus gut, nur noch ein wenig verlangsamt.

Im Anschlnsse an diesen Fall bespricht B. die Aetinlogie, Prognose und pathologische Anatomie der *erworbenen* Aphasien im Kindesalter, wobei zunächst die auffallende Thatsache hervorgehoben wird, dass bei Kindern die *motorische* Aphasie bei Weitem überwiegt, obwohl bei der Entwickelnng der Sprache die sensorielle Componente (Hören) eine mindestens eben so grosse Rolle zu spielen pflegt, als die motorische. Unter den angeschuldigten *Ursachen* werden (abgesehen von Schädelverletzungen und Abscessen, besonders bei Ohrenleiden): psychische Traumen (hysterische Aphasie), Indigestionen, Insolation, Würmer u. dgl. genannt. Obenan aber stehen die akuten Infektionkrankheiten, und unter diesen kommt, neben der Tuberkulose, der Hauptantheil dem Typhus zu. Sehr viel seltener kommen in Frage: akuter Rheumatismus, Keuchhnsten, Influenza, Diphtherie, am seltensten die akuten Exantheme. Was unter diesen speciell den Scharlach anlangt, so wurde hierbei die Aphasie so selten beobachtet, dass Bohn noch 1886 sagen konnte, es sei höchstens ½ Dutzend Fälle bekannt geworden. Alle diese im Gefolge des Scharlach auftretenden Sprachstörungen sind, mit alleiniger Ausnahme einer älteren Beobachtung von Shepherd, *postscarlatinöser Natur* gewesen, sie entwickelten sich im Verlaufe einer Nephritis unter den Zeichen der Urämie und gingen mit halbseitigen Lähmungen einher. *Ein Fall, der wie der oben erwähnte im Frühstadium und ohne jede andere Lähmung einsetzt*, ist bisher in der Literatur noch nicht beschrieben worden.

Was den praktisch wichtigsten Punkt, die *Prognose* anlangt, so führen alle Erfahrungen dazu, die Vorhersage als eine recht günstige zu bezeichnen, nicht nur bei der hysterischen Stummheit und der nach Typhus u. A. isolirt einsetzenden, sondern auch bei der im Gefolge des Scharlach in Begleitung einer halbseitigen Lähmung einhergehenden. Die Ursache dieser günstigen Prognose sieht B. einmal in der bekannten „Labilität" des Kinderhirns, wodurch es einerseits zwar sehr leicht zu Störungen der Hirnfunktionen kommt, andererseits aber auch die gestörten cerebralen Funktionen schnell in die Ruhelage zurückkehren. Einen zweiten Grund sieht B. in dem für das wachsende kindliche Hirn anscheinend die Regel bildenden Processe, dnrch den, selbst nach Zerstörung einer Hirnpartie, eine andere vicariirend eintritt: nach einer Zerstörung, z. B. der Broca'schen Windung, knüpft sich die motorische Sprachfunktion ohne Weiteres an einen anderen Hirntheil.

Bei diesen günstigen physiologischen Bedingungen wissen wir über die *pathologische Anatomie* der Aphasie bei Kindern recht wenig. B. nimmt für seinen Fall eine Vergiftung an und erblickt in der zum Ausdrnck gekommenen Sprachstörung nichts, als das Ueberbleibsel der schweren Allgemeinerkrankung des Hirns nach einer bösartigen Infektinn. So unhaltbar eine derartige Annahme beim Erwachsenen wäre, wo eine isolirte, rein motorische Aphasie eine zweifellose Herderkrankung darstelle, so wenig sei sie bei einem Kinde zu beanstanden, da das kindliche Hirn noch nicht die ausgeschliffenen Bahnen und Centren besässe. Rost (Rudolstadt).

507. **Contribution à l'étude des infections staphylococciques particulièrement chez l'enfant**; par V. Hutinel et Labbé. (Arch. gén. de Méd. p. 693. Déc. 1896.)

Von allen pathogenen Bakterien ist der Staphylococcns der häufigste. Er „belagert" den menschlichen Körper von der Geburt bis zum Tode. Die Entstehung der Staphylococcus-Erkrankungen ist die mannigfaltigste. Theils ist es die grosse Anzahl der Keime, ihre Ubiqnität, ihr Grad der Virulenz, theils sind es die Bedingungen des Individuum, wie Alter, Zahnung, Wachsthnm, hygienische Verhältnisse, theils die Beschaffenheit des Infektinnherdes, die die Art und Weise der Infektion bestimmen. Im Grunde können alle Krankheiten prädisponirend einwirken, denn sie schwächen den Körper und machen ihn weniger widerstandsfähig. In erster Linie steht die Tuberkulose, dann kommen aknte nnd chronische Darmerkrankungen, Infektionkrankheiten. Ferner die zahlreichen mit Läsionen der äusseren Bedeckungen einhergehenden Hautleiden.

Die Art der Infektion geschieht entweder durch Vermehrung des Mikroorganismus und Eindringen in das Gewebe, oder durch Bildnng von Toxinen, die von dem Körper resorbirt werden. Das Eindringen des Staphylococcus durch die verletzte Haut ist leicht zu verstehen, Haarbälge, Schweissdrüsen (Unna läugnet dies), Schleimhäute sollen anch ohne Verletzung Eingangspforte werden können. Dann wandert der Coccus durch die Lymphbahnen nach den Drüsen, wird von den lebenden Zellen überwunden, oder bringt die Drüsen zur Vereiterung nnd wird dort ausgestossen, oder inficirt den ganzen Körper durch Eindringen in den Ductus thoracicus. Alle Organe können von

dem Staphylococcus angegriffen werden, in erster Linie die Drüsen, wie sich denn auch in allen Sekreten der Staphylococcue nachweisen liess. Sein Nachweis im Blute gelingt häufig, doch nicht immer, Hutinel gelang er unter 9 Fällen 5mal.

Die Symptome sind je nach dem Alter des Kranken, nach seiner Widerstandsfähigkeit und nach dem Sitze und der Art der Infektion sehr verschieden. Bei Kindern unterscheiden H. u. L. vier Hauptarten: multiple Abscesse (oberflächliche und tiefe), pemphigoide und pustulöse Eruptionen, pseudo-erysipelatöse Lymphangitis und disseminirte Hautgangrän.

Der Verlauf kann ein sehr verschiedener sein. Das akute Stadium zeigt hohes Fieber bei allen Begleiterscheinungen der Infektion (Tod bisweilen in 3 oder 4 Tagen), die mehr subakuten und die chronischen Fälle führen, falls nicht Besserung eintritt, zu einem kachektischen Zustande, bei dem das Bild der Intoxikation ohne Fieber vorherrscht. Es ist klar, dass die verschiedenartigsten Complikationen eintreten können, die eigentlich diesen Namen nicht recht verdienen, da alle die verschiedenen Erscheinungen, wie Retropharyngealabscess, Parotitie, Ulcus ventriculi, Abscessus pulmonum, Perikarditis u. s. w., doch nur Folge der allgemeinen Infektion mit dem Staphylococcus sind.

Die Diagnose einer Staphylokokkeninfektion ist bei den Kindern leichter als bei Erwachsenen, da man durch die Eingangpforte, die Haut, eher darauf aufmerksam gemacht wird. Als differentialdiagnostisch wichtig wären zu erwähnen Pemphigus neonatorum, Brandwunden und besonders tuberkulöse Affektionen, wie kalte Abscesse und Drüsenschwellungen. Zur Klarstellung von letzteren empfehlen H. u. L. Tuberkulininjektionen.

Die Prognose ist schlecht, 80% der Kranken sterben.

Die Therapie besteht vor Allem in prophylaktisch-hygieinischen Maassregeln, sorgsamem Verbinden der Wunden, später in der nöthigen chirurgischen Behandlung bei bester Pflege. Die Serumtherapie wird empfohlen, doch fehlen nähere Angaben darüber. Flachs (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

508. **Beitrag zur Kenntniss des aseptischen Fiebers**; von Dr. J. Schnitzler und Dr. C. Ewald in Wien. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 530. 1896.)

Schn. u. E. haben durch eine Reihe von Versuchen dargethan, dass die gewöhnlich als *„aseptisches Fieber“* bezeichnete Temperatursteigerung, die bei nicht inficirten Verletzten so häufig beobachtet wird, wie schon frühere Autoren ausgeführt haben, auf die Resorption gewisser Stoffe zurückzuführen ist. Ueber die Natur dieser Stoffe war man sich ganz unklar. Schn. u. E. meinen, dass wir an Stelle der früheren, als unrichtig erkannten Annahme einer „Fibrinferment“-Intoxikation, die einer *Nuclein-*, bez. *Albumosenwirkung* zu setzen haben. P. Wagner (Leipzig).

509. **Traitement chirurgical de la constriction spasmodique des mâchoires**; par Th. Kocher. (Semaine méd. XVI. 62. p. 493. 1896.)

22jähr. Kr., ohne besondere Ursache von spastischer Kieferklemme befallen, die auf Tage verschwand, dann sich wieder einstellte. Keine Zahnschmerzen, keine Munderkrankung. Wegen Knackens im Kiefergelenke bei forcirter Eröffnung des Mundes Annahme einer chronischen def. Arthritis. Zuerst links Arthrotomie und Entfernung des subluxirt erscheinenden Meniscus; vorübergehender Erfolg. Später dieselbe Operation rechts. In Halbnarkose verschwand die Kieferklemme, der Mund konnte auf Befehl geöffnet und geschlossen werden. Cocaininjektionen in die Kaumuskeln ohne Erfolg. Schliesslich Operation: Ablösung (Désinsertion) der drei Kaumuskeln von einer ihrer Insertionen (des M. masseter und pterygoideus vom Unterkiefer, des M. temporalis vom Schläfenbein) beiderseits. Nachbehandlung mit Holzkeil. Vom 3. Tage post operat. ab konnte der Mund frei geöffnet und geschlossen werden. Der Kauakt ging normal von Statten. Der Krampf hörte auf. Der Erfolg der Operation hielt beinahe *sechs* Jahre an. Dann Recidiv; in Narkose gewaltsame Eröffnung des Mundes mit genügendem Erfolg. Bei Wiederauftreten der Kieferklemme ist eine Wiederholung der Muskelablösung in Aussicht genommen.

Die gewöhnlichen Ursachen der spastischen Kieferklemme, organische Läsionen des Centralnervensystems (Hirntumor, Duchenne'sche Krankheit), dann peripherische schmerzhafte Affektionen (dentale und intrabuccale Erkrankung, Arthritis des Kiefergelenks), endlich Hysterie, meint K. in seinem Falle als Ursache ausschliessen zu dürfen. Insbesondere die Hysterie wegen des Fehlens sonstiger Symptome und wegen des langen Heilerfolges der letzten Operation, der deshalb keine Suggestionwirkung sein kann. Er glaubt den Erfolg der Operation darauf zurückführen zu müssen, dass nach Lösung der Insertion der Kaumuskeln, diese Muskeln in eine völlig veränderte Lage kommen, bei ihrer Contraktion keinen Widerstand mehr finden und dadurch ein gewisser centripetaler Reiz, der auf dem Wege des Reflexes die spastische Kieferklemme auslöste, in Wegfall gekommen ist. K. betrachtet die Erkrankung analog dem Caput obstip. epast. und dem Tic convulsif als idiopathische spastische Neurose, die von der Hysterie scharf zu trennen ist.

F. Krumm (Karlsruhe).

510. **Zur Casuistik der Kehlkopfverletzungen**; von Dr. Max Scheier in Berlin. (Sond.-Abdr. aus den Verhandl. der Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte in Lübeck 1895.)

In den meisten in der Literatur mitgetheilten Fällen von Larynxfraktur waren die Erscheinungen so schwer, dass das Leben nur durch die Tracheotomie erhalten werden konnte. Es kommen da-

neben aber auch Fälle vor, in denen die Verletzung ohne Tracheotomie ausheilt, ja Fälle, in denen die Veränderungen so gering sind, dass das Leiden verkannt wird, oder dass überhaupt keine ärztliche Behandlung aufgesucht wird. Scheier theilt 2 von ihm beobachtete Fälle verschiedener Schwere mit.

1) Eine 18jähr. junge Dame war vor ungefähr 2 Jahren mit dem Hals auf eine scharfe Tischkante gefallen. Momentaner Bewusstseinsverlust. Beim Erwachen sofort furchtbare Schmerzen in der Gegend des Adamsapfels, die auf Druck und beim Schlucken zunahmen. Mehrere Tage Hustenreiz und blutiger Auswurf. Stimme etwa 4 Wochen lang vollkommen aphonisch. Etwa 8 Tage lang geringe Athembeschwerden. Seitdem starke Heiserkeit, die die Kr. nach nahezu 2 Jahren zum Arzte führte. Die linke Schildknorpelplatte war etwas nach hinten und unten verlagert, das linke Stimmband stand etwas tiefer als das rechte und im vorderen Theile waren die Stimmbänder durch eine dünne Membran miteinander verwachsen. Die Stimmbänder waren etwas verdickt, schlossen bei der Phonation nicht vollkommen und zeigten auch etwas beschränkte Abduktionbewegung. Die linke Schildknorpelplatte war hier direkt neben der Mittellinie senkrecht von oben nach unten gebrochen.

2) In dem anderen Falle waren beide Schildknorpelplatten durch Hufschlag zertrümmert, ausserdem war die Kapsel des linken Cricoarytänoidgelenkes zerrissen und der linke Aryknorpel verschoben. Beide Taschenbänder waren in dicke rothe Wülste verwandelt, die zwischen sich und der hinteren Wand nur eine ganz feine Oeffnung übrig liessen. Durch Intubation wurde nicht nur die Stenose gebessert, sondern auch der anfangs ganz fixirte rechte Aryknorpel so beweglich, dass er sich beim Phoniren über die Mittellinie hinüber vor den unbeweglichen linken Aryknorpel legte.

Rudolf Heymann (Leipzig).

511. Ueber den heutigen Stand der Resektion und Exstirpation des Kehlkopfes wegen maligner Tumoren; von Karl Czwiklitzer in Breslau. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 447. 1896.)

Mikulicz hat in den letzten Jahren 9mal die partielle, 2mal die halbseitige und 2mal die totale *Exstirpation des Kehlkopfes* ausgeführt. Die Fälle betrafen 12 Männer mit Carcinom und 1 Frau mit Rundzellensarkom. Von den 13 Operirten ist nur 1 an den Folgen der Operation gestorben. 4 *partiell Resecirte* sind seit $1^1/_2$—$8^1/_2$ Jahren gesund, 1 erst vor 6 Wochen operirt. 1 Kr. starb an Phthise, die übrigen starben an Recidiv. Die Verbesserung der Erfolge in den letzten Jahren ist 1) *der besseren Auswahl der Fälle, bez. der frühzeitigen Ausführung der Operation;* 2) *der Verbesserung der Technik in Bezug auf Operation und Nachbehandlung* zu verdanken. Ganz besonders gilt das für den Verschluss des Pharynx bei Totalexstirpation, ein Verfahren, das, in Zukunft mehr ausgeübt und vervollkommnet, ohne Zweifel die Mortalität bei Totalexstirpationen noch mehr herabsetzen wird. Die bessere vitale Prognose und viel bessere funktionelle Resultate bietet die *partielle Exstirpation,* und zwar sind auch hier die Erfolge um so besser, je weniger vom Kehlkopfe geopfert werden muss, je geringer also die Ausbreitung der Erkrankung ist, d. h. je früher die Kranken zur Operation kommen.

Die Krankengeschichten werden zum Schlusse ausführlich mitgetheilt. P. Wagner (Leipzig).

512. Ein seltener Fall von congenitaler Blutcyste des Halses und der Fossa axillaris; von P. Kaczanowsky. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3 u. 4. p. 409. 1896.)

Kind von 4 Monaten, mit einer Geschwulst der linken Halsseite zur Welt gekommen. Starkes Wachsthum der Geschwulst in den letzten 2 Monaten. Jetzt faustgrosser runder Tumor an der linken Halsseite über Schlüsselbein und Schultergelenk. Durch das Schlüsselbein von diesem getrennt in der linken Achselhöhle dem Verlaufe der Gefässe entlang ähnlicher, etwas kleinerer Tumor. Consistenz der Tumoren hart, nicht compressibel. Haut gespannt, Fluktuation kaum wahrnehmbar. Beim Exspirium und beim Schreien bedeutende Vergrösserung, besonders des obern Tumor. Die Punktion mit der *Pravaz*'schen Spritze ergab reines venöses Blut.

Wegen der Ausdehnung der Geschwulst wurde von einer Operation Abstand genommen. Behandlung mit methodischer Compression durch Flanellbindeneinwickelung. Nach 4 Monaten waren die Geschwülste völlig beseitigt, nur leere Hauttaschen waren als Ueberreste zurückgeblieben. Nach 6 Jahren waren auch die Hautfalten verschwunden. F. Krumm (Karlsruhe).

513. Casuistische Beiträge zur Chirurgie des Magencarcinoma; von A. Alsberg. (Münchener med. Wchnschr. XLIII. 50. 51. 1896.)

A. berichtet zunächst über 2 Fälle von Pyloruscarcinom, in denen er mit günstigem Erfolge die Resektion und Gastroduodenostomie nach der Kocher'schen Methode (völliger Verschluss der Magenwunde, Einnähen des Duodenum in eine hierzu angelegte Oeffnung der hinteren Magenwand) ausgeführt hat.

In einem anderen Falle ist wegen Pyloruscarcinom bei bestehenden Peritonäalmetastasen am Magen die Gastroenterostomie nach Wölfler gemacht worden. 3 Jahre lang blieb der Kranke unter Gewichtszunahme bis zu 52 Pfund beschwerdefrei und arbeitsfähig. Erst nach weiteren 5 Mon. trat der Tod ein. Die Diagnose (Gallertcarcinom) wurde in diesem Falle auch durch die Sektion gesichert.

In einem ähnlichen Falle hat A. die Gastroenterostomie unter Anwendung des *Murphy*'schen Knopfes ausgeführt. $4^1/_2$ Monate später starb der Kranke, ohne dass wieder Magenbeschwerden eingetreten wären, an Marasmus; der Knopf wurde im Magen gefunden.

Schliesslich bespricht A. noch kurz seine Stellung zur Jejunostomie auf Grund zweier Fälle.

Im 1. Falle hat A. bei ausgedehntem Carcinom des Magens und starken Beschwerden die Jejunumfistel in Form einer Witzel'schen Schrägfistel im Bereiche des Rectus abdominis angelegt. Er erzielte eine bis zum 2 Monate später erfolgten Tode tadellos bleibende Fistel, durch die alle früheren Beschwerden des Kr. beseitigt wurden.

Im 2. Falle, in dem A. bei durchgängigem Pylorus, also ohne strenge Indikation, wegen inoperablen Magencarcinoms in derselben Weise operirte, trat ein völliger

Misserfolg, Prolaps der Schleimhant und Incontinenz der Fistel, ein, wie A. meint, deshalb, weil in diesem Falle die Verstärkung des Fistelverschlusses durch die Bauchmuskulatur (es war in der Linea alba operirt worden) wegfiel.

Auf Grund seiner Erfahrung will auch A. die Jejunostomie beschränkt wissen auf Fälle von ausgedehntem Magencarcinom, in denen die ungenügende Nahrungsaufnahme an sich direkt das Leben der Kranken bedroht. F. Krumm (Karlsruhe).

514. **Gastrostomie in hypnosis**; by H. Hulst. (New York med. Record LI. 2. p. 43. Jan. 9. 1897.)

H. hat bei einem 60jähr. sehr entkräfteten, an einer carcinomatösen Oesophagusstriktur leidenden Kr., da er ein Anästheticum vermeiden wollte, in Hypnose die Gastrostomie nach Frank ausgeführt. Die Operation verlief ohne Störung. 4 Stunden nach der Operation wurde der Kr. aus der Hypnose erweckt. Er konnte sich jedoch nicht mehr erholen. Unter Zeichen der Herzschwäche trat 30 Stunden später der Tod ein. Die *Sektion* bestätigte die Diagnose, ergab im Uebrigen nichts Besonderes. F. Krumm (Karlsruhe).

515. **Des ruptures du foie et de leur traitement**; par J. Vanverts. (Arch. gén. de Méd. Janv. 1897. p. 44.)

Nach eingehender Besprechung der Pathologie der traumatischen Leberrupturen stellt V. 22 Fälle von Leberruptur aus der Literatur zusammen, in denen die Laparotomie gemacht wurde. Die Mortalität betrug 63.5%. Die vorhandene Blutung wurde 11mal durch Tamponade, 3mal durch Naht, 1mal durch Liegenlassen der Arterienklemme gestillt. Die Hauptgefahr der Leberruptur besteht in deren Complikationen: Blutung und Peritonitis. Gegen beide empfiehlt V. dringend die Laparotomie, Aufsuchen der blutenden Stelle und entsprechende Versorgung, Reinigung der Bauchhöhle von den Blutgerinnseln, Beachtung etwaiger sonstiger Organverletzungen. Aus seiner Zusammenstellung geht hervor, dass, je rascher zur Laparotomie geschritten wurde, um so besser die Erfolge waren. Auch bei Unsicherheit der Diagnose, also bei abdominalen Contusionen überhaupt, empfiehlt V. energisches aktives Vorgehen. F. Krumm (Karlsruhe).

516. **Zur Pathologie und Chirurgie des Pankreas**; von P. Sendler in Magdeburg. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3. u. 4. p. 329. 1896.)

S. theilt die Krankengeschichte einer Pat. mit, bei der er durch Laparotomie einen *tuberkulösen Lymphdrüsentumor des Pankreaskopfes* entfernt hat. Ganz abgesehen davon, dass man bisher der Ansicht war, dass die Pankreastuberkulose meist ohne Erscheinungen einhergehe und ihre Diagnose bei Lebzeiten unmöglich sei, bietet schon an und für sich das Vorkommen von Lymphdrüsen im Pankreas ein ganz besonderes Interesse. Es wurde zuerst von Klebs und Orth erwähnt, von Anderen bestätigt. S. stellt mit seiner Beobachtung eine besondere, bisher unbekannte Form der Pankreastuberkulose auf und der tuberkulöse Lymphdrüsentumor des Pankreas wird künftig bei der Differentialdiagnose von Pankreastumoren in Betracht gezogen werden müssen. Ob allerdings ein operativer Eingriff bei der meist sekundären Natur der Pankreastuberkulose berechtigt oder immer so von Nutzen sein wird wie in dem Falle S.'s, in dem keine anderweitige tuberkulöse Erkrankung gefunden werden konnte, erscheint S. selbst noch fraglich.

Weiterhin theilt S. noch einen Fall von *idiopathischer chronischer Pankreatitis* mit, in dem die Diagnose durch Laparotomie (es war Carcinom angenommen) sichergestellt worden war. Die Kr. war 3½ Jahre post operat. völlig hergestellt, der frühere schmerzhafte Tumor kaum mehr zu fühlen. S. sieht damit den Beweis erbracht, „dass es eine der Rückbildung fähige, in Heilung ausgehende chronische Entzündungsform des Pankreas in der That giebt“.

Schliesslich sucht S. die *traumatische Aetiologie der chronischen Pankreatitis* durch Mittheilung einer eigenen Beobachtung zu stützen.

Ein Arbeiter war zwischen die Puffer zweier Güterwagen gerathen und hatte eine schwere Quetschung des Brustkorbes mit mehrfachen Rippenfrakturen erlitten. Im Anschlusse an den Unfall bildete sich im Laufe der nächsten Jahre ein Zustand aus, den S. durch Annahme einer rechtseitigen Wanderniere und einer chronischen Entzündung des Pankreas erklärt. Die Möglichkeit der Entstehung der chronischen, nicht eitrigen Pankreatitis auf eine solche Weise erscheint für die Entscheidungen in Unfallsachen von besonderer Wichtigkeit. F. Krumm (Karlsruhe).

517. **Beitrag zur chirurgischen Behandlung der Pankreasentzündungen, nebst Experimenten über Fettgewebs-Nekrose**; von W. Körte. (Berl. Klinik Heft 102. Dec. 1896.)

K., der sich eingehend mit der Geschichte der Pankreasentzündung beschäftigt hat, bespricht in seinem Vortrage zunächst die eitrige Entzündung, den Pankreasabscess und die nekrotisirende Entzündung.

Von der Pankreatitis purulenta, die in metastatischer und in infiltrirter Form, sowie in der Form eines Abscesses auftreten kann, zeigen sich nur die Fälle chirurgischer Behandlung zugänglich, in denen es entweder durch Bildung eines grösseren intrapankreatischen Abscesses oder durch Betheiligung der Umgebung zu einem palpablen Tumor gekommen ist. Von 7 Operirten sind 4 genesen. Die Schwierigkeit liegt in der rechtzeitigen Diagnose. Das Symptomenbild ist wenig charakteristisch, das Bild einer auf den oberen Theil der Bauchhöhle begrenzten Entzündung. Als Ursachen hat man Entzündungen des Magens und Darms, der Gallenwege, sowie Verletzungen verantwortlich gemacht. Als Ursachen der Pankreasnekrose und der sekundären reaktiven Entzündungen gelten vorzugsweise Blutungen in das Drüsengewebe oder in die Umgebung, seltener eitrige Infiltration und

Verletzungen des Organs. In manchen Fällen sind die Blutungen sekundärer Natur, eine Entzündung ist das Primäre. Die Symptome bestehen in epigastrischen Schmerzen, Erbrechen, Prostration, aufgetriebenem Leibe, Verstopfung, so dass häufig Peritonitis oder Darmverschluss diagnosticirt wurde. Kommt es im Anschlusse an die Nekrose zur sekundären Vereiterung, so tritt die chirurgische Behandlung in ihr Recht. K. hat von 5 Kranken 4 operirt, 1 ist genesen. Häufig ist bei der Blutung, hämorrhagischen Entzündung und Nekrose des Pankreas eine disseminirte abdominale Fettgewebenekrose gefunden worden. Zur Entscheidung der Frage, wie diese mit der Pankreaserkrankung zusammenhängt, hat K. zahlreiche Thierversuche angestellt. In verschiedenen Fällen konnte er besonders durch Verletzung künstliche Entzündung und Continuitättrennung, sowie durch Implantation ausgeschnittener Stücke des Pankreas experimentell Fettgewebenekrose erzeugen.

K. kommt zu dem Schlusse, dass auch die beim Menschen zusammen mit Pankreaserkrankung gefundene abdominale Fettgewebenekrose höchst wahrscheinlich als Folge der ersteren anzusehen ist. F. Krumm (Karlsruhe).

518. **Ein Fall von Prolaps eines offenen Meckel'schen Divertikels am Nabel**; von F. Sauer. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3 u. 4. p. 316. 1896.)

Bei dem Kinde war am 5. Tage nach dem Abfall der Nabelschnur in der Mitte der Granulationfläche eine stricknadeldicke Oeffnung, die von einem rothen Wall umsäumt war, bemerkt worden. Kothabgang. Thermokauterisation führte wohl Verengerung der Fistel, aber keine völlige Heilung herbei. Aufnahme in die Münchner Kinderklinik. 10 Monate altes Kind, an Stelle der Nabelgrube 4½ cm langer wurstförmiger Körper. Etwa 2½ cm lang hatte er die Dicke und Rundung eines Mannesfingers und bildete eine Fortsetzung der Bauchhaut. Auf diesem Theile sass dann kappenartig ein rother, erdbeerförmiger Körper auf, der mit spiegelnder rother Schleimhaut überzogen war und klaren durchsichtigen Schleim in grosser Menge absonderte. Auf der Kuppe kleine Einziehung, kein Lumen, kein Kothabgang. Bei Druck etwas Gurren und geringe Volumenabnahme. Verdauung normal. Haut der Umgebung etwas excoriirt. Schleim frei von Harnbestandtheilen, alkalisch, mucinhaltig. *Diagnose:* Mit dem Darme communicirendes Meckel'sches Divertikel, am Nabelring festgewachsen. Wand mit der Schleimhaut theilweise ausgestülpt. Ursprüngliche Oeffnung durch Thermokauterisation geschlossen.

März 1896 Laparotomie; Abtragung des Divertikels, Verschluss des centralen Stumpfes am Darm durch Etagennaht. Excision des peripherischen Theiles sammt Tumor und Nabel. Bauchnaht. Tod nach 3 Tagen.

Anatomische Diagnose: Circumscripte, eiterige Peritonitis.

Die mikroskopische Untersuchung des excidirten Tumor bestätigte die Diagnose vollkommen. Es wurde aber auch zweifellos erwiesen, dass eine partielle Umstülpung der ganzen Wand des Divertikels mit sammt dem Peritonäalüberzug und Bildung einer Peritonäaltasche über den Nabelring hinaus vorlag.

S. giebt im Anschlusse an seine eigene Beobachtung eine Uebersicht über die bis jetzt bekannten ähnlichen Fälle. Von 24 derartigen Kranken sind 19 gestorben; 4 geheilt. F. Krumm (Karlsruhe).

519. **Ett fall af appendicit i ett inguinalbråck**; af Dr. F. Kaijser. (Hygiea LVIII. 12. s. 557. 1896.)

Der 22 Jahre alte Pat. wurde am 15. Juni 1896 in der chirurg. Abtheilung des Serafimerlazareths in Stockholm mit der Diagnose eingeklemmter Inguinalbruch aufgenommen. Der Bruch, den er zuerst zu Anfang des Jahres bemerkt hatte und der die Grösse eines Hühnereies hatte, machte dem Pat. keine Beschwerden und war leicht reponibel. Am 12. Juni bekam Pat. Durchfall und Kopfschmerz, am 13. Erbrechen; diese Symptome verschwanden nach einem Tage, aber Empfindlichkeit und Schmerz im rechten Theile des Unterleibs stellte sich ein, der Bruch wurde grösser und irreponibel, der Schmerz war in ihm lokalisirt. Bei der Untersuchung fand sich eine ungefähr 10 cm lange und 6 cm breite Geschwulst, die sich von der Gegend des rechten Annulus inguin. ext. bis in das Scrotum erstreckte, von elastischer Consistenz, leicht zusammendrückbar, sehr empfindlich war und bei der Perkussion Dämpfung zeigte; die Haut über ihr war etwas geröthet. Ausser in dem Bruche bestand keine Empfindlichkeit im Unterleib.

Bei der sofort vorgenommenen Operation fand sich die vordere Fläche des Bruchsackes normal, die hintere aber bedeutend geschwollen, ödematös, mit gelblichem Aussehen, stark adhärent an die Umgebung. K. stand deshalb von weiteren Versuchen, den Bruchsack zu lösen, ab und eröffnete ihn, er fand darin lebhaft injicirtes, an den Bruchsack adhärentes Omentum und einen fingerdicken, darmähnlichen Körper; beim Versuch, das Omentum zu lösen, öffnete sich plötzlich ein wallnussgrosser Abscess, der mit dem erwähnten Körper durch eine kaum erbsengrosse Oeffnung in Verbindung stand. Beim weiteren Lösen des Omentum öffnete sich noch ein Abscess; K. spaltete deshalb das Omentum und schnitt den Körper, der sich als Appendix erwies, ab sammt dem damit verwachsenen Theil des Omentum. An dem Stumpf durchschnitt K. die Serosa und Muscularis ungefähr 1 cm vom Coecum entfernt, legte eine Catgutligatur um die Mucosa und schnitt sie ab. Dann legte er Serosasuturen über die Mucosa, schob den übrigen Stumpf in das Coecum und legte noch eine Reihe Seidensuturen an. Dann schloss er die Bauchwunde. Nach der Operation trat nur vorübergehend Temperatursteigerung ein, der Allgemeinzustand war gut und am 7. Juli wurde Pat. geheilt entlassen. Nachträglich erfuhr K., dass Pat. schon 1893 und 1894 2mal an Krankheitserscheinungen gelitten hatte, die als gelinde Appendicitisanfälle gedeutet werden konnten. Walter Berger (Leipzig).

520. **Erfahrungen über die operative Behandlung des Rectumcarcinoms**; von Karl Funke. (Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 1. p. 1. 1897.)

F. berichtet aus der Gussenbauer'schen Klinik in Prag über 266 Rectumcarcinome, von denen 156 operirt werden konnten. Die Mortalität betrug 24%. Die Indikation zur Operation war gegeben, wenn überhaupt nur noch die Möglichkeit einer radikalen Entfernung des Tumor vorlag und der Kräftezustand des Kranken einen solchen Eingriff erlaubte, ohne Rücksicht auf etwaige leichte Verwachsungen mit den Nachbarorganen. Nur der Nachweis von Metastasen in inneren Organen bildet eine absolute Contraindikation gegen die Operation.

Auf die einzelnen Carcinomarten vertheilen sich die Fälle wie folgt:

Epithelialcarcinome; vom Analrand ihren Ausgang nehmend, auf dem Boden alter Hämorrhoidalleiden 12 Kranke (6 operirt, 5 geheilt, 1 gestorben).

Wandständige Adenocarcinome; oft erst spät Stenoseerscheinungen verursachend, frühzeitige profuse Blutungen, zur Metastasenbildung neigend, sehr häufige und frühe Drüseninfektion, 126 Kranke (93 operirt, 79 geheilt, 14 gestorben).

Cirkuläre hochsitzende Carcinome; vorzugsweise im höheren Alter vorkommend, leicht zur Stenose führend, 64 Kranke (36 operirt, 15 gestorben), 7 Kr. mit Carcinom der Flexur (sämmtlich gestorben).

Gallertcarcinome; vorwiegend in jugendlichem Alter, stets Infektion der regionären Lymphdrüsen, schlechte Prognose, 21 Kranke (10 operirt, 3 gestorben).

Wegen der häufigen und frühen Drüsenerkrankungen bei allen Mastdarmcarcinomen wurde stets die Exstirpatio recti mit Ausräumung aller zugänglichen Drüsen und Lymphbahnen als das beste Verfahren angewandt. Nur einmal wurde die Resektion ausgeführt, die nur bei den hochsitzenden cirkulären Carcinomen und bei Fehlen von Drüseninfiltrationen empfehlenswerth erscheint.

Meist wurde mit hinterem Längsschnitt und eventuell Resektion des Steissbeins operirt. Für hochsitzende Carcinome wurde die temporäre Resektion des Kreuzbeins unter Bildung zweier Haut-Periost-Knochenlappen nach medianer und querer Durchsägung des Kreuzbeines vorgezogen. Diese Methode wurde in 15 Fällen (4 Todesfälle) erprobt. Das Wichtigste bei ihr ist eine Prima reunio.

F. konnte feststellen, dass in 7 Fällen die Heilung (ohne Recidiv) 3—8 Jahre Stand gehalten hat.

F. Krumm (Karlsruhe).

521. **Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung;** von Prof. F. König in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47. 1896.)

K. macht zunächst auf das ausserordentlich häufige Vorkommen von *Gelenkentzündungen bei Gonorrhoikern* aufmerksam. In einer kleineren Anzahl von Fällen hat man Gonokokken in den Gelenkergüssen nachgewiesen, dagegen finden sich in der grösseren Anzahl von Fällen andere Mikrobien: Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken u. s. w. Aetiologisch ist es deshalb jedenfalls vorsichtiger, anstatt von gonorrhoischen Gelenkentzündungen, von „Gelenkentzündungen der Gonorrhoiker“ zu sprechen.

Pathologisch-anatomisch lässt sich das Bild dieser Gelenkentzündungen folgendermaassen festlegen: Hydrops articularis; Hydrops articularis serofibrinosus und catarrhalis; Empyem des Gelenks; Phlegmone der Gelenke, und zwar bald mehr die eitrige, bald mehr die faserstoffige Form, charakterisirt durch das Uebergreifen auf die periund paraartikulären Weichtheile. Ob es gerechtfertigt ist, dazu noch eine arthralgische Form zu fügen, oder ob diese nur eine sehr schmerzhafte Form der fibrinösen ist, lässt K. dahingestellt.

Der einfache *Hydrops* ist eine leichte Erkrankung und heilt in relativ kurzer Zeit aus. Je mehr der *Hydrops serofibrinösen* oder *katarrhalischen* Charakter annimmt, desto nothwendiger ist die chirurgische Behandlung durch Punktion und Injektion von Carbolsäure; bei dem wirklichen *Empyem* genügen öfters auch diese Mittel nicht, sondern machen die Incision und Drainage nöthig. Ganz anders steht es mit den *schlimmeren Formen,* bei denen allmählich zu dem Erguss der Faserstoff, die Infiltration der Kapsel, der paraartikulären Gewebe und vor allen Dingen die Infiltration der Hauptbänder, wie auch die Auflagerung von Faserstoff auf den Knorpel hinzukommen. Aeusserlich macht sich das Leiden, je nach dem Erguss, durch grössere oder geringere Schwellung geltend; das ganze Gelenk wird starr, wie sich namentlich am Knie sehr deutlich zeigt. In Folge der Infiltration des Bandapparates können sich auffallend rasch Deformirungen bilden. „Ein ganz ausserordentlich häufiges Symptom ist die *grosse Tendenz zur Ankylosirung, ein Symptom, welches keiner anderen Krankheit in der gleichen Art eigenthümlich ist.*“ Wahrscheinlich handelt es sich auch bei der puerperalen ankylosirenden Form der Gelenkentzündung stets um gonorrhoische Infektion.

Die *Behandlung* besteht beim Hydrops am besten in Punktion und nachfolgender Injektion von Carbolsäure. Bei den schwereren Formen empfiehlt K. energische Aufpinselung von Jodtinktur, Ruhe, eventuell Distraktion und Extension. Am schwersten ist die Behandlung der Folgezustände der gonorrhoischen Gelenke, besonders der Ankylose. Die „Mobilerhaltung“ eines „mobil gemachten“ Gelenkes ist für Arzt und Kranken ausserordentlich schwierig und für letzteren enorm schmerzhaft. Bei einfachen Contrakturen ist mit Medicomechanik und Massage viel zu erreichen.

P. Wagner (Leipzig).

522. **Ueber den orthopädischen Werth und die Dauerresultate der Arthrodesis;** von Dr. Karewski. (Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 38. 1895.)

Mit sehr beachtenswerther Kritik bespricht K. die Berechtigung zur operativen Gelenkverödung, die im Wesentlichen bei 3 Zuständen, bei Gelenkerschlaffung, Gelenkcontraktur und starker Verkürzung des Beines, ausgeführt wird. Seine grosse Erfahrung auf diesem Gebiete lässt ihn die Indikationen sehr streng stellen, indem er nur völlig und aussichtslos lahme Gelenke operirt. Am Sprunggelenk entschliesst er sich am leichtesten zu dem Eingriff, viel schwerer schon am Knie, überhaupt nicht an der Hüfte, wo nur die blutige Reposition der paralytischen Luxation in Betracht kommt. Nur höchst ausnahmeweise wendet er das Verfahren am Arme an. Bezüglich der Dauerresultate berichtet er rückhaltlos über einige Misserfolge, daneben freilich über erstaunliche Erfolge auch bei Erwachsenen, die bis dahin nicht gehen oder stehen konnten.

Vulpius (Heidelberg).

523. **Behandlung der Hüftankylosen;** von Adolf Lorenz. (Berl. Klinik Heft 96. Berlin 1896. Fischer's med. Buchhandl. Gr. 8. 32 S. 60 Pf.)

Nach einem eingehenden kritischen Ueberblick über die bisher geübte Behandlung der Hüftankylose beschreibt und begründet L. seine Ansicht und Methode. Ist noch etwas Beweglichkeit vor-

handen, so genügt ihm das Redressement mit gleichzeitigen Tenotomien. Bei völlig knöcherner Ankylose führt er die Osteotomia pelvitrochanterica aus, er durchmeisselt lineär den Knochen im Winkel der Deformität, also an der Verlöthungsstelle von Becken und Halsrudiment. Dadurch verhütet er eine Verkürznng. Merkwürdig ist, dass er stets Pseudarthrosen erhalten hat, also ein ganz nnerwartet günstiges funktionelles Resultat gewinnt. Er erklärt dies mit der bekanntermaassen geringen Tendenz des Schenkelhalses zu Verknöcherung. Bedingung ist freilich ausgiebige Nachbehandlung.

Vulpius (Heidelberg).

524. **Znr orthopädischen Behandlung der angeborenen Hüftverrenknng**; von Dr. Max Dolega. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 2. p. 278. 1896.)

D. ist der Ansicht, dass die Apparatbehandlung der angeborenen Hüftverrenkung nicht so aussichtslos sei, wie z. B. von Lorenz behauptet wird. Er hat einen Extensionschienenhülsen-Apparat mit Stahlcorsett bei Tage, einen Abduktion-Extension-Beckenbein-Apparat bei Nacht angewendet und hat dadurch Verlängerung des Beines und Fixation des Kopfes erzielt.

Um namentlich bei doppelseitiger Luxation das Schwanken des Ganges zu verhindern, lässt er ein *Hessing*'sches Corsett tragen, das mit Oberschenkelhülsen verbunden ist mittels eines Charniers, das keine Adduktionbewegung, d. h. keine Beckensenkung zulässt.

Vulpius (Heidelberg).

525. **Zur unblutigen Behandlnng der angeborenen Hüftgelenksverrenkungen**; von Dr. Albert Hoffa. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 565. 1896.)

H. weist darauf hin, dass die unblutige Reposition nicht die blutige Operation verdrängen kann, da selbst Fälle bei Kindern unter 6 Jahren bisweilen dem unblutigen Verfahren trotzen. Jedoch mnss in jedem Falle erst versucht werden, unblutig einzurenken. Ist dies gelungen, so sucht H. möglichst bald (nach 2—3 Monaten) den Gipsverband wegzulassen und ihn zu ersetzen durch den etwas modificirten *Miculicz*'schen Lagerungsapparat, in dem er Abduktion, Extension und Innenrotation mit einander verbindet. Daneben kommen natürlich Massage und Gymnastik zur Anwendung.

Vulpius (Heidelberg).

526. **Traitement de la luxation congénitale de la hanche**; par le Dr. J. De Nobele. (Belg. méd. III. 41. p. 449. 1896.)

N. hat bei einem 5jähr. Mädchen eine beiderseitige Hüftluxation mit 4 cm Trochanterverschiebung unblutig reponirt im Wesentlichen nach Lorenz, nur unter Vermeidung gewaltsamer Extension, die durch die Paci'sche starke Hüftbewegung ersetzt werden konnte. Zunächst wurde in starker Abduktion eingegipst, die allmählich verringert wurde, bis nach 2 Monaten Geradestellung möglich wurde. Die Röntgen-Strahlen liessen sowohl die gelungene Einrenkung erkennen, wie auch das Vorhandensein der Y-Knorpelfnge, deren angeblich verfrühte Verknöcherung nach einiger Autoren Ansicht Ursache des Leidens sein soll.

Vulpius (Heidelberg).

527. **Die mechanische Behandlung der Kniegelenksverkrümmungen mittels portativer Apparate**; von Dr. Albert Hoffa. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 555. 1896.)

H. macht bei der Behandlung von Beugecontrakturen des Kniegelenkes zunächst die offene Durchschneidung der geschrumpften Weichtheile. Nach 14 Tagen wird ein Schienenhülsenapparat angelegt mit Sektorenschiene am Kniegelenke, die allein Streckung mit Distraktion ermöglicht. Die streckende Kraft liefert eine Schlägerklinge. Nachdem $^1/_4$—$^1/_2$ Jahr lang der Apparat getragen und die Streckstellung gesichert worden ist, bekämpft H. die gewöhnlich vorhandene Subluxation der Tibia nach hinten durch eine Modifikation des Apparates, deren genauere Beschreibung hier zu weit führen würde, deren Zweckmässigkeit einleuchtet und von H. an einem anatomischen Präparate erprobt wurde.

Einige Krankengeschichten und zahlreiche Abbildnngen führen die erreichbaren Erfolge vor Angen.

Vulpins (Heidelberg).

528. **Die hentige Lehre vom Plattfuss**; von Dr. E. Kirsch. (Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 29. 1896.)

Knrz, aber ausserordentlich klar und scharf giebt K. einen Ueberblick über die modernen Ansichten über Aetiologie und Behandlung des Plattfusses, ohne wesentlich Nenes hinzuzufügen, ausgenommen die Herstellung von Einlagen aus Celluloid, das sich K. gut bewährt hat.

Vulpius (Heidelberg).

529. **The affections of the arch of the foot commonly classified as flat-foot**; by Lovett and Dane. (New York med. Journ. March 7. 1896.)

Mit Recht weisen L. und D. darauf hin, dass die Pronationstellnng des Fusses keineswegs immer mit Plattfnss verbunden ist, dass also Insufficienz des Fusses vorhanden sein kann bei gut erhaltener Fusshöhlung. Dieser Pes pronatus wird gewöhnlich mit Plattfuss zussammengeworfen, seine Symptome sind in der That sehr ähnlich, nnd es kann sich an ihn als Vorstufe nachträglich ein Einsinken des Fussgewölbes anschliessen. Aetiologisch ist namentlich Muskelschwäche anzuführen, der Fuss kann vorübergehend in normaler Stellung festgehalten werden, bei der rasch sich einstellenden Ermüdung tritt dann die Pronation ein, deren Grösse schwer genau zu messen ist.

Die Therapie erstrebt demnach einmal Muskelstärknng durch Massage und Gymnastik, ferner, wenigstens anfänglich, Sicherung der Adduktion und Supination durch schiefe Sohlung bei Pes pronatus, durch eine nach Modell getriebene Metalleinlage bei Plattfuss. Ueberhaupt ist eine richtige

Schuhconstruktion prophylaktisch wichtig, der Stiefel muss die Einhaltung der Normalstellung erleichtern durch geeignete Form der Sohlenfläche.

Ein drittes verwandtes Leiden ist der Pes contractus: starke Höhlnng der Sohle, meist mit Retraktion der Achillessehne verbunden. Die Beschwerden sind ähnlich wie bei Plattfuss, die Aetiologie ist dunkel. Vulpins (Heidelberg).

530. **Le redressement forçé et la tarsoclasie dans le traitement du pied bot chez l'enfant**; par le Dr. A. Boquel. (Gaz. hebd. XLIII. 56. 1896.)

Das unblutige Redressement des angeborenen Klumpfusses ist ein altes Problem, dessen verschiedene Lösungsversuche von B. beschrieben werden. Die jüngst bekannt gewordene Methode des modellirenden Redressement (Lorenz) wird von B. mit Recht als die beste hervorgehoben. Es gelingt mit ihr, den Klumpfuss selbst eines Erwachsenen in einer einzigen Sitzung völlig umzuformen [wovon Ref. sich durch vielfache Anwendung selbst überzeugt hat]. Vulpius (Heidelberg).

531. **The treatment of club-foot**; by Dr. Augustus Thorndike. (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 11. p. 254. Sept. 1896.)

Sehr richtig betont Th., dass nicht das Alter des Kranken den Ausschlag geben kann bei der Wahl einer Methode der Klumpfussheilung. Bei einem 15jähr. Kranken kann bisweilen die Stellung mit mechanischen Mitteln redressirt werden, bei einem Kinde nnr durch Operation. Unter den Operationen unterscheidet Th. 3 Methoden: Tenotomie, offene Incision, Knochenoperation.

Das neue Verfahren des modellirenden Redressements wird nicht erwähnt.

Vulpius (Heidelberg).

532. **The mechanics and treatment of the broken-down foot**; by Lovett. (New York med. Journ. June 20. 1896.)

Bei verstärkter Belastung vollzieht sich am Fusse eine Pronation, die von L. studirt wurde.

Die Fusssohle und ihre Veränderungen wurden durch eine Glasplatte hindurch beobachtet, auf die der Fuss aufgesetzt wurde. Ausserdem wurden auf eine langsam zeichnende photographische Platte 2 Aufnahmen nacheinander vom unbelasteten und vom belasteten Fusse gemacht und die Verschiebung bestimmter Punkte controlirt. Es ergab sich z. B., dass der innere Knöchel sich bei der Pronation, bez. Belastung nach unten, innen nnd hinten verschiebt, der äussere Knöchel nur nach vorn. Ueberschreitet die Pronation eine bestimmte Grenze, so ist sie pathologisch. Vulpius (Heidelberg).

533. **Beiträge zur Frage der Erwerbsfähigkeit von Personen, behaftet mit körperlichen Schäden und Verletzungsfolgen**; von Dr. C. Lauenstein in Hamburg. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten IV. p. 573. 1896.)

„Seit dem Bestehen des Reichsunfall-Versicherungsgesetzes hat sich unter unseren Augen eine bemerkenswerthe Aenderung in dem Verhalten der Verletzten und der mit Verletzungsfolgen behafteten Personen aus dem Arbeiterstande vollzogen. Wir beobachten, dass manchem der Verletzten nicht mehr so viel daran liegt, wie früher, möglichst rasch heil zu werden, dass nach erfolgter Wundheilung die subjektiven Beschwerden oft verhältnissmässig lange anzuhalten pflegen, und dass die Folgezustände erlittener Verletzungen vielfach mehr hervorgekehrt und hervorgehoben werden, als dies früher der Fall war.“

Dass als Ursache hiervon einzig nnd allein die in Aussicht stehende Rente zu betrachten ist, beweist eine Reihe von L. mitgetheilter Fälle, in denen trotz vorhandener, zum Theil ziemlich beträchtlicher Schäden volle Erwerbsfähigkeit besteht, da die Leute, als nicht mit dem Unfallgesetze in Beziehung stehend, keine Rente bekommen.

Die von L. mitgetheilten 34 Beobachtungen seien namentlich denjenigen Aerzten, die mit Berufsgenossenschaften zu thun haben, zum genauen Studium empfohlen. P. Wagner (Leipzig).

534. **Krankheiten der Thränenwege, bedingt durch Affektionen der Nasenhöhlen**; von Dr. L. Luhliner in Warschau. (Therap. Monatsh. X. 12. p. 646. Dec. 1896.)

In einer längeren Abhandlnng mit Krankengeschichten macht L. auf den häufigen Zusammenhang zwischen der Erkrankung der Thränenwege nnd der der Nasenhöhlen aufmerksam und räth, erstere nicht mehr allein zu behandeln. Unter 94 Personen mit Erkrankung der Thränenwege war nur bei 5 keine Veränderung der Nasenhöhlen nachzuweisen. Bei 89 Personen wurde entweder durch hypertrophische, polypöse Wucherung ein Druck auf die Thränenwege ausgeübt, oder es bestand eine entzündliche Veränderung, deren Produkte in die Thränenwege gelangten. Unter 210 Kranken von Kuhli wurden nur 11 ohne Veränderung der Nasenhöhlen gefunden. Doppelseitige Erkranknng der Thränenwege ist verhältnissmässig selten. Unter den 94 Personen waren 67 Frauen. Letzteres schiebt L. darauf, dass „Frauen in Folge ihrer Lebensweise (häusliche Beschäftigung) häufiger an chronischen Katarrhen der Nasenhöhlen leiden“, was dem Ref. als nicht sehr wahrscheinlich vorkommt.

Lamhofer (Leipzig).

535. **La strabométrie et l'urgence de son emploi**; par L. de Wecker et J. Masselon. (Ann. d'Oculist. CXVI. 5. p. 321. Nov. 1896.)

Die Nothwendigkeit, nicht nur zu wissen, dass ein Kranker schielt, sondern auch genau in welchem Grade, um damit zugleich einen Maassstab für die Art der Operation und einen Vergleich des Zustandes nach der Operation mit dem vor ihr zu haben, liegt eigentlich auf der Hand. Allein man

begnügt sich vielfach mit einfacher Abschätzung oder mit der bekannten ungenügenden linearen Messung. Dass aber einfache Schätzung, das Augenmaass, öfter trügt, dass auch ein anscheinend zweifelloses Schielen doch auf Täuschung (strabisme faux) beruhen kann, das ist sicher.

Zur genauen und schnellen Messung des Grades der Abweichung des einen Auges, zur Bestimmung des Winkels α, und des Winkels ϰ (Winkel der Sehlinie und Achse der Pupille nach Landolt), haben de W. und M. ein Strabometer, ein in der Form eines kleinen Perimeters gearbeitetes, handliches, ohne grosse Vorbereitung überall verwendbares Instrument angegeben und seit Jahren in Gebrauch. Der Abhandlung sind mehrere Abbildungen des Instrumentes mit Gebrauchsanweisung beigegeben.

Lamhofer (Leipzig).

536. **Ténonite et orchite doubles**; par le Prof. Panas. (Semaine méd. XVII. 2. p. 10. Janv. 13. 1897.)

Ein 29jähr., kräftig gebauter Mann, der einzige Ueberlebende von 11 Geschwistern, der niemals syphilitisch oder gonorrhoisch erkrankt war, hatte seit 5 Wochen drei rasch vorübergehende rheumatische Anfälle gehabt, die beide Augen, beide Hoden und das Kniegelenk ergriffen. Auffallend war dabei, dass immer erst die Entzündung eines Hodens und gleich darauf die des Auges der anderen Seite auftrat; nach der Augenentzündung trat die Entzündung im Kniegelenke auf. Es bestand ein Erguss in der Scheide des Samenstranges, in der Synovia des Gelenkes und in der Bursa retro-ocularis.

P. knüpft eine treffliche Schilderung der rheumatischen Hydarthrose des Auges, des Hygroms der Bursa retro-ocularis an, über die in den Lehrbüchern nur Ungenaues enthalten sei. Er vergleicht das Auge mit einem Gelenkkopfe. Und wie bei einer Hydarthrose des Kniegelenkes nicht die Gelenkkapsel, sondern die Synovialis erkrankt sei, so auch am Auge nicht die Tenon'sche Kapsel, sondern das trabekuläre Gewebe zwischen der Kapsel und der Sklera. Die Krankheitzeichen sind starke Schmerzen um das Auge; Dyskinesie, behinderte Bewegung des Auges; Röthung der Bindehaut ohne Absonderung, ferner Chemosis und schliesslich Exophthalmus. Alle Erscheinungen können in kurzer Zeit wieder verschwinden. Die Prognose ist daher günstig.

Zur Behandlung empfiehlt P. warme Umschläge auf das Auge und warnt vor allen reizenden Mitteln; gegen die Schmerzen wendet er Chloralhydrat, und Antipyrin mit oder ohne Chinin an. Als allgemeines Mittel giebt er salicylsaures Natron, 4 g den Tag, und lässt es in Rücksicht auf den Magen in Kaffee mit Cognac nehmen.

Lamhofer (Leipzig).

537. **Beiträge zur Frage der Uebertragung der Gonokokken bei Augenblennorrhöe**; von Prof. E. Welander in Stockholm. (Wien. klin. Rundschau X. 52. p. 883. 1896.)

W. führt mehrere Kranke an, bei denen die Uebertragung von Gonokokken auf die Bindehaut durch Glasaugen [Augengläser?] stattfand, ferner solche, bei denen die Untersuchung der Vagina, der Bartholini'schen Drüsen negativ war, der Cervixeiter aber Gonokokken enthielt. Bei einer Kr. war W. die Entstehung der gonorrhoischen Bindehaut-Entzündung vollständig unerklärlich und er glaubt, dass hier nur Fliegen den Eiter von einer anderen Kr. her übertragen haben konnten. Seine Untersuchung ergab, dass das an den Fliegen haften bleibende Sekret einige Stunden, bis zur völligen Eintrocknung ansteckungsfähig war. W. erwähnt schliesslich noch eine Epidemie von Augenblennorrhöe, bei der nach seiner Vermuthung auch die Fliegen an der Verbreitung der Krankheit Schuld waren.

Lamhofer (Leipzig).

538. **Contribution à l'étude de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés**; par le Dr. Chartres. (Arch. clin. de Bord. X. 12. p. 531. Déc. 1896.)

Die ziemlich ausführliche Arbeit Ch.'s enthält eine Kritik über die Angaben in der Literatur seit dem vorigen Jahre und eine eigene gründliche Darstellung des klinischen Bildes der Krankheit. In Tabellen sind die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung des Eiters und die Erfolge der Behandlung angeführt. Die im Eiter aufgefundenen Kokken und Bacillen waren ungemein zahlreich. Dort, wo nur Gonokokken gefunden worden waren, war der Verlauf am günstigsten, am schlechtesten dagegen, wo nur Streptokokken oder diese mit Gonokokken oder Löffler'schen Bacillen gemeinschaftlich angetroffen wurden. Für die Prognose hat die mühsame bakterielle Untersuchung also immerhin einen grossen Werth, wenn auch unsere Therapie gegen die einzelnen Bakterienarten noch nicht sicher wirksam ist. Prophylaktisch ist nach Ch. das Verfahren von Credé das sicherste; dazu muss auch noch peinliche Reinhaltung alles Dessen statthaben, was mit den Augen der Neugeborenen in Berührung kommt. Die Behandlung darf sich nicht auf Bestreichen mit Lapis mitigatus beschränken, sondern muss mit genügender Wegspülung des Eiters mit Kali hypermanganicum-Lösung, Borlösung oder ähnlichen Mitteln in lauem Zustande verbunden werden.

Lamhofer (Leipzig).

539. **Ueber die chronische Diplobacillen-conjunctivitis**; von Dr. Th. Axenfeld in Breslau. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 1. p. 1. Jan. 1896.)

A. fand bei einer bestimmten Form der Bindehauterkrankung, die mit mittelstarker Entzündung der Bindehaut und etwas stärkerer Röthung der Lidränder in 3—4wöchiger Dauer auftrat, einen Doppelbacillus, der dem von Morax beschriebenen gleich war. Ein Tropfen von dem Sekrete einer erkrankten Bindehaut in das Auge zweier Collegen gebracht, rief die nämliche „subakute“ Bindehaut-

entzündung hervor. Der Diplobacillus gedeiht nur bei Brüttemperatur auf Blutserum, Serumagar, auf Nährböden, denen menschliche Körperflüssigkeit beigemischt ist. Für Hunde, Kaninchen, Meerschweinchen und andere Thiere war der Diplobacillus nicht pathogen. Lamhofer (Leipzig).

540. **A propos de quelques cas de conjonctivite pseudo-membraneuse**; par le Dr. A. van der Straeten. (Presse méd. Belge XLVIII. 52. p. 409. Déc. 1896.)

v. d. Str. veröffentlicht die Beobachtung von vier ganz genau bakteriologisch untersuchten Bindehauterkrankungen mit Pseudomembranen. 2mal waren Streptokokken die Ursache der Entzündung; ein Auge ging verloren, eins heilte. 1mal waren Staphylokokken die Ursache, das Auge ging verloren. 1mal waren unbekannte Mikrokokken die Ursache, das Auge heilte. Die letzte Entzündung wurde bei einem Neugeborenen beobachtet, bei dem neben den unbekannten Kokken keine Gonokokken gefunden wurden.

v. d. Str. knüpft an diese Krankengeschichten die Lehren, bei Auffindung von Löffler'schen Bacillen oder Streptokokken stets Serum-Injektionen zu machen, dies auch dann zu thun, wenn zwar bei der bakteriologischen Untersuchung keine bestimmten Bakterien gefunden wurden, die Krankheit aber einen besonders raschen und gefährlichen Verlauf nimmt. Die Hauptgefahr für die Hornhaut sieht er nicht in der Einwanderung von Bakterien, sondern in der durch Mangel an Ernährung bewirkten Nekrose. Wenn Serum-Injektionen nichts nützen, so verordnet er Jodoformumschläge. Das gesunde Auge wird offen gelassen.

Lamhofer (Leipzig).

541. **Ueber Trachom und Follikularkatarrh**; von Dr. L. Pick in Berlin. (Therap. Monatsh. X. 12. p. 644. Dec. 1896.)

Von einem Theile der Augenärzte werden immer noch Trachom und Follikularkatarrh nicht streng von einander geschieden. P., der in Königsberg eine grosse Zahl Trachomkranker gesehen hat, hebt die pathologisch anatomischen, besonders aber die klinischen Unterschiede hervor, erwähnt, dass bei epidemischem Auftreten von Follikularkatarrh Aerzte und Publicum geneigt sind, statt „des unschuldigen Follikularkatarrhs" eine Granulose anzunehmen, und warnt vor der Anwendung energischer Mittel oder gar operativer Eingriffe, die aus Furcht vor beginnendem Trachom von einigen Aerzten empfohlen und gemacht würden.

Lamhofer (Leipzig).

542. **A case of tuberculosis of the conjunctiva, probably primary, followed by general infection and death**; by Dr. Fr. Cheney. (Boston med. and surg. Journ. CXXX. 20. p. 491. Nov. 1896.)

Ein 11jähr. Mädchen hatte auf der Schleimhaut des oberen Lides ein typisches tuberkulöses Geschwür, das entfernt wurde und in dem zahlreiche Tuberkelbacillen gefunden wurden. Die Ohr- und Nackendrüsen waren geschwollen, aber alle übrigen Körperorgane waren gesund. Das Kind stammte aus einer Familie, in der Tuberkulosis sonst nicht vorkam. Nach der Entfernung des Lidgeschwüres tauchten immer wieder kleine Geschwüre am Lidrande auf, die Drüsenschwellung nahm zu und das Kind starb ein halbes Jahr später, nach der Angabe des zuletzt behandelnden Arztes an Tuberkulose der Lungen und anscheinend auch der Mesenterialdrüsen. Vielleicht wäre frühzeitige Entfernung der Drüsen trotz des wiederholten negativen Befundes auf der Brust doch von grossem Nutzen gewesen.

Lamhofer (Leipzig).

543. **Beitrag zur Kenntniss der selteneren Ursachen der typischen Keratitis parenchymatosa**; von Dr. C. Achenbach in Marburg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. p. 7. Jan. 1897.)

A. führt mehrere Krankengeschichten aus der Marburger Universitäts-Klinik an zum Beweise dafür, dass ausser Lues congenita auch Lues acquisita und Tuberkulose, ferner aber auch andere Krankheiten, wie Gelenkrheumatismus, Influenza, eine typische Keratitis parenchymatosa verursachen können. Im Gegensatze zu der Keratitis bei Lues congenita ist die durch andere Krankheiten bedingte Keratitis meist einseitig und die Kranken gehören einem höheren Alter an.

Lamhofer (Leipzig).

544. **Ein seltener Fall von Keratitis parenchymatosa**; von Dr. E. Stern in Berlin. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 21. Jan. 1897.)

Bei einem 18jähr. Mädchen trat an beiden Augen rasch hinter einander typische doppelseitige Keratitis parenchymatosa auf. Irgend ein Zeichen für angeborene oder erworbene Lues konnte nicht gefunden werden. Nur hatte die Mutter 2mal abortirt. Seit ihrem 12. Lebensjahre, nach der Wiederimpfung, litt die Kr. an einer Urticaria haemorrhagica, ohne dass sonst eine krankhafte Veränderung der Organe oder des Blutes oder eine hämorrhagische Diathese bestand. Während des Augenleidens traten kleine Blutungen in der Hornhaut beider Augen und in der Netzhaut auf. Die Kr. wurde in der Gutmann'schen Klinik mit Quecksilber und Jodkalium behandelt und mit geringen Hornhautnarben und ziemlich gutem Sehvermögen entlassen.

Lamhofer (Leipzig).

545. **L'électricité dans le traitement des ulcérations profondes de la cornée**; par le Dr. Pansier, d'Avignon. (Ann. d'Oculist. CXVI. 6. p. 413. Déc. 1896.)

P. führt mehrere Krankengeschichten an. Er behandelt die tiefen Hornhautgeschwüre in der allgemein üblichen Weise. Ausserdem wendet er gleich nach der Reinigung des Geschwüres täglich den constanten Strom an (4 M.-A., den positiven Pol in den Nacken, den negativen auf das geschlossene Auge). Letzterer Behandlung glaubt er es zu verdanken, dass die Heilung mit auffallend geringer Trübung der Hornhaut erfolgte.

Lamhofer (Leipzig).

546. **Les injections sons-conjonctivales en thérapeutique oculaire**; par le Dr. A. Dufour, Lausanne. (Clin. ophthalm. II. 11. p. 144. Nov. 1896.)

D. empfiehlt die von Vielen sehr gepriesenen, von Anderen weniger günstig beurtheilten subconjunctivalen Sublimat-Injektionen als sehr nützlich. Er verwendet eine Lösung von 1:2000 bei einer Temperatur von 43—45° C.; kalte Lösungen erregten oft einen ganz bedeutenden Schmerz. Die Zahl der „injicirten“ Personen beträgt mehrere Hundert. Bei Hornhaut-, Regenbogenhaut-, Aderhaut-Erkrankung, bei schweren Verletzungen und Wundeiterung nach Operationen, bei sympathischer Ophthalmie, überall hat D. von den Injektionen, neben denen aber auch andere Heilmittel gebraucht wurden, einen manchmal überraschend günstigen Erfolg gesehen. Zweifelhaft war der Erfolg nur bei parenchymatöser Keratitis und gleich Null bei Skleritis, während er sehr gut bei Episkleritis war.

Lamhofer (Leipzig).

547. **Subconjunctival injections in the treatment of certain diseases of the eye**; by Dr. W. Wilder. (Medicine II. 12. p. 977. Dec. 1896.)

W. hat in den letzten 3 Jahren subconjunctivale Sublimat-Injektionen bei Iritis und Chorioideitis angewendet und die gleich guten Erfolge wie Darier und Andere gehabt. Ausser den Injektionen wurden auch immer die bisher gebräuchlichen Mittel verordnet. Darier giebt an, auch bei sympathischer Ophthalmie den Nutzen der Injektionen beobachtet zu haben; bei dieser Krankheit hatte W. mit den Injektionen keinen Erfolg.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

548. **Nachweis von Russ in der Luft**; von Dr. L. Heim. (Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 365. 1896.)

H. beschreibt eine Methode zum *Nachweis von Russ in der Luft.* Sie beruht auf einem *gewichtanalytischen* Verfahren, verbunden mit einer *mikroskopisch-volumetrischen Bestimmung.* Es werden Schalen mit Wasser eine bestimmte Zeit lang ausgesetzt, dann werden die mit blossem Auge als Fremdkörper erkennbaren Theilchen entfernt, das russhaltige Wasser wird mit Kalilauge und Salzsäure behandelt und durch gewogene Filter filtrirt. Letztere werden mikroskopisch gemustert, von fremden Theilen befreit, nach dem Volumen abgeschätzt, getrocknet und gewogen. Die *Resultate* werden alsdann auf *24 Stunden Zeit* und *1 qm Fläche umgerechnet.* Die für *Würzburg* gefundenen Werthe schwanken zwischen 10.9 und 490.0 mg, der Durchschnitt aus allen Zahlen ist 135 mg. 3 in *Chemnitz* angestellte Versuche ergaben den Durchschnitt von 260 mg. Der Arbeit sind mehrere Photographien beigegeben, die die durch abgewogene Mengen Russ bedingte Schwärzung von Filtern darstellen.

Ficker (Leipzig).

549. **Das Wasserwerk der Stadt Graz vom hygienischen Standpunkt aus betrachtet**; von Dr. Hammerl. (Arch. f. Hyg. XXVII. 3. p. 264. 1896.)

H. kommt nach chemischer und bakteriologischer Untersuchung der Brunnen des Wasserwerkes von Graz zu dem Schlusse, dass das *Leitungwasser von Graz*, das aus dem Murufer gepumpt wird, *Mischwasser von Grundwasser und seitlich durchfiltrirtem Murwasser ist.* Das Mischungverhältniss richtet sich nach Höhe des Grundwasserstandes und Hoch- und Tiefgang der Mur. Trotz dieser Mischung von Fluss- und Grundwasser ist das Grazer Wasser einwandsfrei.

Ficker (Leipzig).

550. **Ueber die Reinigung von Schmutzwässern durch Elektricität**; von J. König u. C. Remelé. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 185. 1897.)

In letzterer Zeit sind besonders in England und Frankreich Versuche über die Reinigung von Schmutzwässern durch Elektricität angestellt, es sind dabei vorwiegend 2 Methoden angewandt worden. Das Verfahren von E. Hermite (C. F. Cooper und E. J. Patterson) bezweckt eine Desinfektion der Spüljauche, es hat sich bis jetzt nicht als praktisch bewährt und scheint überall wieder aufgegeben zu sein, auch mehrere Verbesserungvorschläge haben keine praktische Anwendung gefunden. Das Verfahren von W. Webster bezweckt eine Fällung und Reinigung der Schmutzwässer, der elektrische Strom wirkt dabei unter Anwendung von Eisenplatten als Elektroden auf das chloridhaltige oder mit Chloriden versetzte Wasser, es soll eine Oxydation der organischen Stoffe stattfinden, zugleich wird Ferrohydroxyd ausgefällt und reisst andere Schwebestoffe des Wassers mit nieder. K. und R. haben das Verfahren nachgeprüft, nach ihnen findet eine direkte Oxydation von organischen Stoffen dabei nicht statt, das Wesentliche ist die Abscheidung von Ferrohydroxyd. Es ist nichts Anderes als ein chemisches Reinigungverfahren, bei dem die fällenden chemischen Verbindungen durch den elektrischen Strom erzeugt werden, während sie bei der chemischen Reinigung fertig zugesetzt werden. Die Flüssigkeit bleibt dabei neutral, wenn sie neutral war, und dies ist ein gewisser Vorzug vor dem chemischen Reinigungverfahren. Die Einführung des Verfahrens empfiehlt sich nur dort, wo andere bessere Reinigungverfahren, wie die Berieselung, ausgeschlossen sind, und wo eine billige Natur- (z. B. Wasser-) Kraft zur Erzeugung der Elektricität zur Verfügung steht.

Woltemas (Diepholz).

551. **Ueber die Giftwirkung der schwefligen Säure und ihrer Salze und deren Zulässigkeit in Nahrungsmitteln**; von Dr. H. Kionka. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXII. 3. p. 351. 1896.)

K. theilt zunächst 4 Versuche mit, in denen Kaninchen durch Einathmung von gasförmiger schwefliger Säure zu Grunde gingen. Die Ursache des Todes sieht er ausser in der schon von L. Pfeiffer ausgesprochenen Vermuthung, dass ein Theil der schwefligen Säure resorbirt werde und noch in Form eines Sulfites im Körper wirke, hauptsächlich darin, dass, wie sich bei der Obduktion feststellen liess, über die Hälfte der Lungencapillaren *verlegt* war und damit der peripherische Widerstand ganz ausserordentlich gesteigert wurde.

Ein hohes hygieinisches Interesse aber beanspruchen die schweflige Säure und ihre Salze deshalb, weil sie bei der *Conservirung von Nahrungsmitteln* vielfach angewendet werden, so werden sie zum Wein, zu Gemüseconserven, vor Allem aber zu Fleisch zugesetzt.

K. stellt die Einwirkung des Natriumsulfits auf Kalt- und Warmblüter fest und berichtet dann über die Versuche mit einem Präservesalz, das allgemein von Fleischern und Wurstmachern gekauft und namentlich dem Hackfleisch und der Wurstfüllmasse zum Zwecke der Haltbarmachung zugesetzt wird. Es stellte sich heraus, dass das *Präservesalz* entsprechend seinem Gehalte an schwefligsaurem Natron *giftig* ist, die Vergiftung kann durch subcutane Anwendung oder durch interne Darreichung des Mittels hervorgerufen werden, und zwar ist die Giftwirkung: 1) eine *örtlich reizende* und den Magen in Folge Entwickelung freier schwefliger Säure ätzende, 2) eine *Cirkulationschädigung* und 3) eine *Blutgiftwirkung*. Bei länger fortgesetzter Darreichung kleiner Mengen kommt nur die letzte der 3 Wirkungen in Betracht. Aber nicht nur durch *direktes* Darreichen des Salzes, sondern auch durch *Fleisch*, das nur mit der erlaubten Menge des Präparates versetzt wurde, konnte K. bei Hunden schwere Organschädigungen feststellen. Auf Grund dieser Versuche spricht er sich dahin aus, dass in Zukunft die Anwendung der schwefligsauren Salze als Conservirungmittel behördlicherseits gänzlich zu verbieten sei, und da auf allen derartigen Präservesalzen Aufschriften sich finden, dass sie „der Gesundheit nicht schädlich“ seien, so rügt er es auf's Schärfste, dass Nichtmediciner, Chemiker, in der Oeffentlichkeit ein Gutachten darüber abgeben, ob ein Stoff der Gesundheit schade oder nicht.

Ficker (Leipzig).

552. **Les accidents causés par les viandes conservées en boîtes, leur pathogénie, leur prophylaxie**; par P. Remlinger. (Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 408. Nov. 1896.)

Vergiftungen durch Büchsenfleisch sind mehrfach beobachtet worden und verdienen besondere Beachtung bei der Massenhaftigkeit des Consum dieser Conserven, verbraucht doch allein die französische Armee im Frieden jährlich 47000 Centner davon, während ihr Kriegsbedarf auf 1200 Centner täglich veranschlagt ist. Die Vergiftungen sind auf Ptomaine zurückzuführen, deren Herkunft durch die Vaillard'schen Beobachtungen aufgeklärt ist. Vaillard fand, dass die Fleischfasern mancher Conservenbüchsen ihre Querstreifung verloren hatten, und dass sich durch die Färbung massenhaft Bakterien nachweisen liessen. Das Fleisch stammte also von kranken Thieren, oder es war verdorben, die darin enthaltenen Bakterien waren zwar durch die Sterilisation der Büchsen getödtet, die Ptomaine aber nicht verändert.

Verdorbene Büchsen sind zuweilen durch Gasgehalt, fauligen Geruch, Verflüssigung und Missfärbung des Leims leicht zu erkennen. Die mikroskopische Untersuchung erstreckt sich auf die Querstreifung der Muskelfasern und auf die Anwesenheit von Bakterien, zum Nachweis der letzteren streicht man ein Fleischstückchen auf einem Deckglas ab, trocknet und färbt; das Vorhandensein zahlreicher Bakterien macht das Fleisch verdächtig. Die Prophylaxe liegt in der Ueberwachung der Fabrikation. Woltemas (Diepholz).

553. **Sur la nocivité des huîtres**; par J. Chatin. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXXV. 23. p. 626. Juin 9. 1896.)

Man hat die Schädlichkeit der Austern auf folgende Umstände geschoben: 1) Färbung; manche Sorten, besonders der französischen Küsten, sind aber grün, braun oder gelb gefärbt, ohne dass ihr Genuss schadet. 2) Vermehrungzeit, die gewöhnlich vom 1. Mai bis Anfang September dauert. Nach dem Volksglauben soll die Auster in dieser Zeit schädlich sein, begründet ist diese Ansicht aber nicht. 3) Krankheiten; sie verrathen sich durch schlechten Geruch und Geschmack, sowie durch Färbungen, die von den physiologisch vorkommenden zu unterscheiden sind. Zum Genusse laden solche Austern durch ihr Aussehen nicht ein und veranlassen daher auch selten Erkrankungen. 4) Einflüsse der Umgebung, diese sind am wichtigsten. Durch Verunreinigungen des Wassers können der Auster leicht Krankheitkeime zugeführt werden, die dann mit ihr zugleich genossen werden und Erkrankungen hervorrufen.

Woltemas (Diepholz).

554. **Ueber die Ausnützung der sogenannten „Kuttelflecke“ im Darmkanal des Menschen**; von P. Solomin. (Arch. f. Hyg. XXVII. 2. p. 176. 1896.)

In der Ausnützung der Kuttelflecke (Kaldaunen) ergaben sich im Grossen und Ganzen nur unerhebliche Unterschiede mit der Ausnutzung des

Fleisches, nur die Aschenbestandtheile werden im Fleische besser ausgenützt. Die Darmfäulniss war in der Kuttelfleckperiode und in der Fleischperiode gleich. Die Ausnutzung der Kuttelflecke im Darmkanale des Menschen ist daher durchaus befriedigend.

Woltemas (Diepholz).

555. **Ueber das Kost- und Haltekinderwesen, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in der Stadt Liegnitz**; von Dr. Solhrig. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 2. p. 382. 1896.)

Unter *Kostkindern* werden die auf Kosten der Armenbehörden, unter *Haltekindern* die auf private Kosten bei fremden Leuten in Pflege gegebenen Kinder verstanden, nur 11% sind ehelich, die Sterblichkeit, besonders an Verdauungskrankheiten, ist recht hoch. S. hat die sämmtlichen Wohnungen der Pflegefrauen in Bezug auf hygieinische Fragen, die Verhältnisse der Pflegeeltern und den Zustand der Pflegekinder untersucht und stellt die Resultate tabellarisch zusammen. Von den Wohnungen waren 4 als sehr gut, 20 als gut, 16 als mittelgut und 7 als schlecht zu bezeichnen, von den Pflegemüttern waren 34 verheirathet, 10 verwittwet, 2 ledig und 1 geschieden, die meisten gehörten dem Arbeiter- und Handwerkerstande an. Das Alter schwankt zwischen 23 und 73 Jahren, 25 hatten keine eigenen Kinder. Das Kostgeld bei den Haltekindern betrug durchschnittlich 118 Mark, bei den im 1. Lebensjahre stehenden durchschnittlich 136 Mark, bei den Kostkindern ist es niedriger. Im Ganzen sind die Verhältnisse in Liegnitz nicht ungünstig. Bei der *Beaufsichtigung* kommen in Betracht: sorgfältige Auswahl der Pfleger mit Berücksichtigung der Wohnungverhältnisse, Beschränkung der Zahl der Pflegekinder bei *einer* Pflegemutter, Belehrung über die zweckmässige Art der Pflege, Regelung der Kostgeldfrage (für Kinder im 1. Lebensjahre sind 12 Mark pro Monat als entsprechend, 10 Mark als Minimum zu betrachten). Sehr gut ist das Aussetzen von Geldprämien für gute Pflege. Bei der Beaufsichtigung ist neben der Thätigkeit der Armenärzte und des Physicus die Mitwirkung der Frauenvereine von grösstem Werth.

Woltemas (Diepholz).

556. **Beiträge zur Kenntniss der chemischen Zusammensetzung einiger Kindernahrungsmittel,** *nebst kurzen Angaben über die chemischen Untersuchungsmethoden derselben und den gegenwärtigen Stand der Frage der künstlichen Kinder-Ernährung;* von Magnus Blauberg. (Arch. f. Hyg. XXVII. 2. p. 119. 1896.)

Nach einer Besprechung der bei der künstlichen Kinderernährung maassgebenden Gesichtspunkte folgt die chemische Analyse von 17 Proben von Kindernahrungsmitteln: *Henri Nestle's* Kindermehl, *R. Kufeke's* Kindermehl, *Rademann's* Kindermehl, *Muffler's* sterilisirte Kindernahrung, *Frey's* Kraftkindermehl, *Löflund's* Milchzwieback, *Knorr's* feinst diastasirtes Reismehl, neues Kindermehl von *Henri Epprecht*, *Robinson's* patent groats, *Knorr's* Hafermehl, *Weibezahn's* präparirtes Hafermehl, *Liebe's* Nahrungsmittel, *Voltmer's* Muttermilch, *Löflund's* reine sterilisirte Alpenmilch, *Löflund's* Kindernahrung, *Löflund's* peptonisirte Kindermilch und *Löflund's* chemisch reiner Milchzucker. Die Einzelheiten lassen sich im Referat nicht bringen.

Woltemas (Diepholz).

557. **Ueber den Mahlprocess und die chemische Zusammensetzung der Mahlprodukte einer modernen Roggen-Kunstmühle**; von Dr. Max Falke. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 49. 1896.)

F. bestimmte in Proben von sämmtlichen Anfangs-, End- und Zwischenprodukten des Mahlprocesses Wasser, Stickstoff, Fett, Asche und Kohlehydrate. Das als Ausgangsmaterial dienende ursprüngliche ganze Roggenkorn enthielt 1.5% N, ein im Gegensatze zu den von König mitgetheilten Analysen sehr niedriger Werth. Dasselbe gilt von den feinen Roggenmehlen, die ebenfalls einen niedrigeren N-Gehalt zeigten, als gewöhnlich in Lehrbüchern sich angegeben findet. Die Zahlen des N-Substanz- und Aschengehaltes der Mehle sind, wie die Untersuchung zeigt, sichere und brauchbare Kennzeichen der verschiedenen Sorten. Es wäre wünschenswerth, dass auf breiter Grundlage beruhende *Standzahlen* festgesetzt würden, zumal sich nach neueren Untersuchungen durch Vedvödi ergeben hat, dass die meisten Sorten des ungarischen Weizens im Handel mit einer nicht unerheblich feineren Nummer markirt sind, als sie es von Rechts wegen verdienen.

Ficker (Leipzig).

558. **Der Nährwerth der verschiedenen Mehlsorten einer modernen Roggenkunstmühle**; von E. Romberg. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 244. 1897.)

R. stellte Ausnutzungsversuche mit Broten an, die aus den verschiedenen Mehlsorten einer Kunstmühle gebacken waren. Die Ausnutzungsgrösse hing wesentlich von der Qualität des Mehles ab, sie wurde um so geringer, je mehr Kleie beigemengt war, selbst wenn diese noch so fein vermahlen war. Es ergab sich bei den Versuchen, dass Leute, die auch sonst viel Kohlehydrate, besonders Brot, geniessen, dasselbe besser ausnutzen, als die vorwiegend Fleischesser. Feinstes Roggenmehl, gut verbacken, liefert ein eben so ausnutzbares Brot wie Weizenmehl. Die nach den bisherigen Versuchen scheinbar schlechtere Ausnutzung des Roggenbrotes beruht darauf, dass bei der Herstellung von Roggenmehl in der Regel nicht mit derselben Sorgfalt verfahren wird, wie bei der Herstellung von Weizenmehl.

Woltemas (Diepholz).

559. **Ueber die beim Erhitzen der Milch ausfallenden Eiweissmengen**; von Dr. P. Solomin in Berlin. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 43. 1896.)

S. sucht festzustellen, wie viel von den Eiweisssubstanzen der Milch bei verschiedenen, eine bestimmte Zeit hindurch gleichmässig einwirkenden Temperaturgraden zur Abscheidung kommt. Von 60° ab werden mit zunehmender Temperatur auch grössere Eiweissmengen zur Abscheidung gebracht, doch fanden sich beträchtliche Schwankungen, wofür nicht nur die Concentration und der Salzgehalt, sondern auch der Fettgehalt und der Säuregrad der Milch verantwortlich gemacht werden. Constantere Verhältnisse ergeben sich beim Erhitzen der Milch auf 130—140° unter Druck im Autoclaven: das Albumin und Casein wird dabei vollständig abgeschieden und gleichzeitig wird die Hälfte aller Aschenbestandtheile von dem entstehenden Coagulum eingeschlossen, aller Kalk (an Phosphorsäure gebunden) wird dabei mitgefällt. Ficker (Leipzig).

560. **Beiträge zur Lehre vom Querulantenwahn**; von Prof. F. Straesmann. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 1. p. 66. Suppl.-Heft p. 1. 1896.)

Geisteskranke Querulanten sind theils Personen, die an verschiedenen Formen des Schwachsinns leiden und bei denen sich querulatorische Erscheinungen unter dem Einflusse einer ihnen ungünstigen Rechtsentscheidung entwickeln, theils reihen sie sich unter den Begriff der Paranoia ein. Stets sind neben der Wahnidee der rechtlichen Beeinträchtigung noch andere krankhafte Erscheinungen vorhanden. Charakteristisch ist es, dass es nicht bei der Idee bleibt, nur in einem Punkte zu Unrecht beurtheilt worden zu sein, sondern, dass diese Personen glauben, dauernd ungerecht behandelt zu werden und daher in unzählige Conflikte gerathen. Der Querulantenwahn als specifische Geistesstörung existirt dagegen nicht.

Von den 6 mitgetheilten Fällen betreffen zwei Schwachsinnige, der 3. eine Paranoia chronica simplex, im 4. handelt es sich um Verfolgungswahn, im 5. um die Frau eines Querulanten, die von der Wahrheit der Wahnideen ihres Ehemannes überzeugt, aber selbst nicht geisteskrank war, im 6. um eine Hysterica, die im juristischen Sinne querulirte, aber von der Idee einer wissentlichen Rechtsbeugung seitens der Behörden und dem allgemeinen Misstrauen der Paranoiker frei war, und nicht für geisteskrank erklärt wurde. Woltemas (Diepholz).

561. **Ueber das Eindringen von Arsen aus der Friedhofserde in den Leichnam**; von Prof. J. Kratter. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 47. 1896.)

Die Leiche eines 70jähr. Mannes wurde nach 5 Jahren wegen Verdachts einer Arsenikvergiftung exhumirt und in den Organresten der Bauch- und Brusthöhle wurden 37.2 mg Arsenik nachgewiesen. Nun war aber auch die Erde des Friedhofs stark arsenhaltig und es frug sich, ob das Arsen nicht postmortal aus der Friedhofserde in den Leichnam gelangt sein konnte.

Friedhofserden enthalten oft Arsen, meist in für Regen- und Grabwässer unlöslichen Verbindungen. Bei der von Kr. untersuchten Erde ging es aber spurweise in kaltes Wasser über, konnte also auch durch Regenwasser an den Sarg gespült worden sein. Bei der geringen Löslichkeit liess sich jedoch berechnen, dass die in 5 Jahren gefallenen Niederschläge der Leiche bei Weitem nicht so viel Arsen hätten zuführen können, als in den Organresten enthalten war. Dazu war der Sarg gut erhalten, ohne sichtbare Fugen, der Leichnam bekleidet. Die Körperhöhlen waren nicht eröffnet, die Körperdecken grösstentheils in Fettwachsmasse verwandelt, so dass nennenswerthe Mengen arsenhaltigen Oberflächenwassers gar nicht in die Leiche eingedrungen sein konnten. Eine Arsenikvergiftung war daher als höchstwahrscheinlich anzunehmen.

Die Frage des möglichen Uebertrittes von Arsen aus Friedhofserde in Leichen ist forensisch sehr wichtig, zu berücksichtigen sind jedesmal das Löslichkeitverhältniss der im Boden enthaltenen Arsenverbindungen, die Beschaffenheit des Sarges und der Zustand der Leiche. Ist der Sarg zerfallen und die Fäulniss vorgeschritten, so wird das Urtheil sehr unsicher. Woltemas (Diepholz).

562. **Eigenthümlicher Verlauf eines criminellen Abortus**; von Prof. C. Seydel. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 2. p. 352. 1896.)

Eine Hebamme hatte der im 4. Monate Schwangeren mit einer Ballspritze und einem 15—20 cm langen neusilbernen Katheter Holzessig in den Uterus eingespritzt; die Einspritzung war schmerzhaft. Am nächsten Morgen begannen peritonitische Erscheinungen, am 2. Tage wurde die Kr. ikterisch und starb unter zunehmendem Collaps. Am Uterusgrunde fand sich ein Defekt mit sehr mürben fetzigen Rändern, im Uterus eine mürbe schwärzlichrothe Masse, in der sich kleine Knochen des Fötus erkennen liessen. Ferner bestand jauchige Peritonitis, fettige Degeneration in Leber und Nieren und ein starker Reizzustand der Magenschleimhaut. Letzterer war wohl dadurch bewirkt, dass die Verstorbene nach der Einspritzung viel Cognac bei leerem Magen getrunken hatte, der Uterusgrund war jedenfalls bei der Einspritzung mit dem Katheter durchbohrt worden. Der Holzessig hatte sich nicht allein als ein lokal stark zerstörendes, sondern auch als ein ausgesprochenes schweres Blutgift erwiesen, die örtlichen Wirkungen waren wohl auf seinen Gehalt an Essigsäure, die Giftwirkung auf Nieren und Leber auf seine Kresole zurückzuführen. Auch bei Kaninchen, denen Holzessig subcutan injicirt wurde, kam es zu jauchigem Zerfalle der Gewebe um die Injektionsstelle und zu Degeneration in Leber und Nieren. Woltemas (Diepholz).

563. **Ein Fall von Selbstmord durch Autoexstirpation des Kehlkopfes**; von H. Szigeti. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 2. p. 345. 1896.)

Der von Sz. beschriebene Fall gehört zu den grössten Seltenheiten: bei der 42jähr. Selbstmörderin, die wahrscheinlich geisteskrank gewesen waren, war der ganze Kehlkopf, ein Theil der Schilddrüse, die vordere Rachenwand und der obere Theil der vorderen Oesophaguswand herausgeschnitten. Eine Schnittwunde auf dem Mittelfinger der bluthesudelten linken Hand gab einen Anhaltepunkt dafür, wie die Frau die Exstirpation ausgeführt hatte: wahrscheinlich beugte sie den Nacken nach rückwärts, durchschnitt mit der rechten Hand quer den Vorderhals zwischen Zungenbein und Schildknorpel, griff

mit dem Mittelfinger der linken Hand in den geöffneten Kehlkopf, zog ihn nach vorn und unten und schnitt ihn mit mehreren Schnitten heraus, wobei sie den Finger verletzte. Sie lebte noch 8—9 Stunden. Die Umstände des Falles machten den Selbstmord zweifellos, sonst hätte eine derartige Verletzung sicher zur Annahme eines Mordes gedrängt. Woltemas (Diepholz).

564. Plötzlicher Tod im Raufhandel, Verdacht auf gewaltsame Tödtung; von A. Haberda. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 31. 1896.)

Ein 19jähr., kräftiger Mensch sollte im Raufhandel getödtet worden sein, bei der *Sektion* fanden sich nur ganz unbedeutende Verletzungsspuren, dagegen das typische Bild der lymphatischen Constitution (Status thymicus): Follikel der Rachenschleimhaut, Lymphdrüsen am Halse, im Gekröse und in den Leistenbeugen; Follikel im Darm sehr gross, Milz vergrössert und ungemein reich an Follikeln, von der Thymus ein thalergrosser Rest, Aorta und die von ihr abgehenden grossen Gefässe eng und dünnwandig. Leute mit dieser Körperbeschaffenheit sterben oft plötzlich, auch der Verstorbene war nicht etwa an gewaltsamem Tode gestorben, sondern es war durch die psychische Aufregung und körperliche Anstrengung bei der Rauferei zu einer Erlahmung des Herzens mit raschem Eintritt von Lungen- und Glottisödem gekommen. Woltemas (Diepholz).

565. Ueber den Tod durch Ertrinken; von Dr. Wilmans. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XII. 2. p. 363. 1896.)

Bekanntlich fehlt es an einem sicheren Kennzeichen für den Ertrinkungstod, schon der Nachweis eingedrungenen Wassers in den Lungen ist schwierig, da es kein Mittel giebt, um es vom Serum zu unterscheiden. W. benützt den Nachweis von Wasserbakterien als diagnostisches Hülfsmittel, er fand solche auch im Winter im Elb- und Alsterwasser regelmässig, in gesunden und kranken Lungen, die nicht mit Wasser in Berührung gekommen waren, niemals, konnte auch nachweisen, dass sie in der Leiche von Fäulnissbakterien nicht zerstört werden, sich also noch längere Zeit nach dem Tode vorfinden. Die Methode ergiebt daher, ob eine in der Leiche gefundene Flüssigkeit Wasser ist oder nicht, misslicher steht es aber mit ihrer Verwerthbarkeit für die unendlich wichtigere Frage, ob der Todte ertrunken oder als Leiche in das Wasser gekommen ist. Auch in letzterem Falle finden sich die Wasserbakterien in allen Theilen der Lunge, dringen auch in das Blut ein, und nur der eine Umstand erlaubt zuweilen die Entscheidung, dass sich die Wasserbakterien bei Ertrunkenen oft kurze Zeit nach dem Tode im Parenchym der Bronchialdrüsen finden, wohin sie bei Leichen, die in's Wasser geriethen, schwerer und später (nach 1—2 Tagen) gelangen. Vielleicht stellt auch der Befund zahlreicher Wasserbakterien im Darminhalt ein Kriterium des Ertrinkungstodes dar. Woltemas (Diepholz).

566. Sul contegno della pressione sanguigna durante l'annegamento; del Dott. Lorenzo Borri. (Sperimentale LIII. III. p. 161. 1896.)

Beim Ertrinken kommt nicht jene fortschreitende und dauernde Steigerung des Blutdruckes zu Stande, wie wir sie bei mechanischer Asphyxie beobachten. Der Blutdruck nimmt sogar allmählich ab. Daher fehlen beim Ertrinken die wesentlichen physikalischen Bedingungen, die zur Entstehung von subpleuralen Ekchymosen erforderlich sind. Bei Ertrunkenen beobachtet man freilich nicht selten Blutergüsse unter der Pleura visceralis. In genetischer Beziehung müssen diese jedoch anders beurtheilt werden, als die eigentlichen asphyktischen Ekchymosen. Sie entstehen durch den Druck, der von Seiten der aspirirten und zum Theil in die Lungengefässe eingedrungenen Flüssigkeit ausgeübt wird. Solche Blutergüsse entwickeln sich in der letzten Phase des Ertrinkens, in einer Periode, wo der allgemeine Blutdruck auf die niedrigste Stufe gesunken ist.

Subpleurale Ekchymosen, wie sie bei Asphyxie vorkommen, beobachtet man bei Ertrunkenen nur dann, wenn es sich um sehr dicke Flüssigkeiten handelt. Das Ertrinken ist dann eigentlich ein Ersticken. Emanuel Fink (Hamburg).

567. Die wirksamste Methode der künstlichen Athmung; von A. Brosch. (Wien. klin. Wchnschr IX. 50. 1896.)

Um Aufschluss darüber zu erhalten, welche Methode der künstlichen Athmung die beste sei, hat Br. Experimentalversuche und Messungen an menschlichen Leichen angestellt. Er beschränkt sich dabei auf die Methoden, die zur Wiederbelebung erwachsener Personen bestimmt sind und ohne instrumentelle Hülfe ausgeführt werden können (Methoden von Marshall-Hall, Silvester, Paoini, Howard, Schüller, Flashar und Botturi). Er fand schliesslich eine neue einfache Methode, die von *einer* Person ausgeführt werden kann, die an Manometerwerthen alle anderen Methoden weit überragt und bei Erwachsenen dasselbe leistet, was die Schultze'schen Schwingungen bei Kindern leisten. Da es auf genaue Ausführung der einzelnen Handgriffe ankommt, muss Ref. auf die durch Abbildungen erläuterte Originalarbeit verweisen.

Woltemas (Diepholz).

568. Die Wirkungen körperlicher Ueberanstrengungen beim Radfahren; von Dr. Albert Albu. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10. 1897.)

A. berichtet der Berliner med. Gesellschaft über die Untersuchung mehrerer Wettrennfahrer zu verschiedenen Zeiten. Er kann nur bestätigen, dass das übermässige „Radeln" zu einer Dilatation des Herzens, namentlich des linken Ventrikels, führt, die anfangs wohl vorübergeht, mit der Zeit aber zu dauernder Erweiterung und Vergrösserung führt, und dass zweitens eine zuweilen nicht unbeträchtliche Albuminurie, mit Entleerung von Cylindern, auftritt, die zum Theil auf Stauung,

zum Theil aber wohl auch auf eine Vergiftung zurückzuführen ist und zweifellos auch zu bleibenden Schädigungen überleiten kann.

A. betont ausdrücklich, das nur das übermässige Radfahren zu verurtheilen ist und in der Verhandlung wird von verschiedenen Seiten auf den Nutzen eines maassvollen Fahrens in guter Körperhaltung aufmerksam gemacht. Dippe.

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 26. Januar 1897.

Vorsitzender: Herr *Curschmann.*

Schriftführer: Herr *Braun.*

Verhandlung über den Vortrag des Herrn Krönig: *Beitrag zur Desinfektion.*

Herr *Franz Hofmann.* Milzbrandsporen sind ein Material, dessen Verwendung bei diesen Untersuchungen nach mancher Richtung hin Bedenken erregen muss. Denn erstens ist das Verarbeiten so enorm grosser Mengen von Milzbrandculturen nicht ungefährlich und zweitens ist das von Herrn Krönig verwendete Material durchaus ungleichartig. Die Milzbrandculturen wurden nach 48stündigem Auskeimen an Granatkörner angetrocknet, es müssen also in diesem Materiale ausser den vegetativen Bacillenformen Sporen in ganz ungleichen Reifezuständen vorhanden gewesen sein, die sehr verschieden widerstandsfähig sind. Es wäre deshalb besser gewesen, ein anderes und gleichartigeres Material zu benutzen.

Es ist ferner in keiner Weise möglich, aus dem Sporenkörper das Desinficiens wegzuschaffen oder es zu neutralisiren, ohne die Spore schwer zu alteriren. Darunter muss die Exaktheit der Untersuchungen leiden.

Die Bezeichnung der Lösungen in Molekulargramm-Litern hält Herr *Hofmann* für eine das Verständniss erschwerende Complikation; jedenfalls sollte die procentische Concentration der Lösungen gleichzeitig angegeben werden, schon um einen unmittelbaren Vergleich mit zahlreichen und werthvollen, von anderen Autoren angestellten Untersuchungen über die Desinfektionsfrage zu ermöglichen. Herr *Hofmann* ist nicht von der Richtigkeit der Annahme überzeugt, dass der Grad der desinficirenden Wirkung gelöster Stoffe immer abhängt von dem Grade der Dissociation ihrer Moleküle. Es ergiebt sich das nicht aus den Versuchen des Herrn Krönig. Phenol z. B. ist wenig dissociirt und wirkt doch stark antiseptisch. Die von Herrn Krönig zur Erklärung herangezogene Aetzwirkung mancher Stoffe ist keine Erklärung. Die Wirkung der Lösungen auf lebende Sporen ist nicht allein ein chemischer Process, viele hier in Betracht kommende Vorgänge, z. B. die Entstehung von Eiweissverbindungen innerhalb der Spore, die Coagulation und die Quellung sind von Herrn Krönig nicht berücksichtigt worden. Der Quellungzustand der Spore ist aber maassgebend für die Wirksamkeit des Desinficiens. Das ungleichartige Sporenmaterial Herrn Krönig's ist ganz verschieden quellungsfähig und ferner wirken die verschiedenen Lösungen ganz verschieden stark quellend. Alkohol verhindert die Quellung. Deshalb schwächt Zusatz einer gewissen Quantität von Alkohol die Desinfektionskraft antiseptischer Lösungen. Das praktische Ergebniss der Untersuchungen Krönig's ist bis jetzt gering.

Herr Krönig erklärt, diese Einwände nur in aller Kürze hier beantworten zu können. Von einer praktischen Verwerthung seiner Untersuchungen bittet er bis auf Weiteres ganz abzusehen. Die Anwendung äquimolekularer Mengen ist aus chemischen Gründen nothwendig, ohne sie sind vergleichende Resultate nicht zu erhalten. Herr Krönig hat verschiedene andere Bakterien, z. B. den Heubacillus, auf ihre Brauchbarkeit für seine Zwecke geprüft, ist aber stets auf die Milzbrandsporen zurückgekommen, weil alle anderen Bakterien andere Nachtheile haben. Während die Milzbrandsporen auf den Agarplatten sehr charakteristische und leicht zählbare Colonien bilden, lassen sich z. B. die Heubacilluscolonien nicht gut isolirt zählen. Die Existenz von vegetativen Formen der Milzbrandsporen in dem Urmateriale ist nicht von Bedeutung, denn die Milzbrandculturen wurden allerdings nach 48 Stunden an Granatkörner angetrocknet, diese Körner wurden dann aber erst nach längerer Zeit zu Versuchen verwendet, zu einer Zeit, wo in Folge der Austrocknung die vegetativen Bacillenformen abgestorben waren. Ein ganz gleichartiges Sporenmaterial ist allerdings nicht zu beschaffen, auch ist Krönig ebenfalls der Ansicht, dass das Desinfektionsmittel nicht vollständig aus der Spore entfernt werden kann. Aber die Sporen sind doch alle in gleicher Weise geschädigt und es handelte sich für Krönig nicht darum, absolute, sondern vergleichbare Werthe zu gewinnen. Krönig hat auch nicht behauptet, dass weitgehend dissociirte chemische Verbindungen überhaupt am besten desinficiren, sondern nur, dass die Verbindungen des gleichen Metalles auch von ihrem Dissociationsgrade abhängig sind. Die Concentration der Metall-Ionen ist das Wesentliche. Die Richtigkeit dieser Behauptung wird doch durch die gefundenen Zahlen erwiesen. Die Abschwächung der Desinfektionskraft, z. B. der Sublimatlösung durch Kochsalzlösung ist gut durch die Dissociationstheorie zu erklären. Eine Erklärung der Desinfektionswirkung überhaupt hat Krönig nicht geben wollen, doch sei anzunehmen, dass die Dissociationsverhältnisse auch auf das Protoplasma der Sporen übertragen werden dürften.

Herr *Hofmann* bemerkt, dass man die Abschwächung der Desinfektionskraft wasseriger Sublimatlösungen durch Kochsalzzusatz sehr wohl durch die dadurch veränderten Quellungsverhältnisse erklären könne. Kochsalzzusatz vermehrt die Desinfektionskraft der Carbollösungen, wie ist das zu erklären? Endlich hätten die auf den Agarplatten sich entwickelnden Milzbrandculturen länger als 3 Tage beobachtet werden müssen.

Herr Krönig: Die 3tägige Beobachtungszeit wurde erst eingeführt, nachdem durch zahllose Beobachtungen festgestellt war, dass eine längere Beobachtungszeit die nach 3 Tagen gewonnenen Resultate nicht veränderte. —

Herr Sattler zeigte einen geheilten Mann, dem er vor 10 Tagen aus der linken Orbita mit Erhaltung des Bulbus ein etwa wallnussgrosses abgekapseltes Fibrosarkom, ausgehend vom Periost, exstirpirt hat.

Die Geschwulst hatte den Bulbus nach aussen und unten gedrängt. Die Retina zeigte im Spiegelbild in Folge von Compression Seitens des Tumor einzelne Falten, die Sehkraft des Auges war herabgesetzt, sonst war es normal.

Der Herr Vortragende besprach kurz die in der Orbita vorkommenden Tumoren, die sich ohne Schädigung des Bulbus exstirpiren lassen, vorzugsweise Fibrome, Fibrosarkome und cavernöse Angiome. Die meisten dieser Geschwülste sind ausserhalb des Muskeltrichters des Bulbus gelegen, aber auch solche innerhalb dessen und selbst Sehnervengeschwülste sind gelegentlich mit Glück exstirpirt worden.

Herr Kockel demonstrirte ein Mammacarcinom.

Es handelt sich um einen die ganze linke Mamma einnehmenden, nicht operirten Krebs von mässig derber Consistenz. Ueber und unter der Mammilla mehrere tiefe kraterförmige Geschwüre, die am Grunde dunkelgrün belegt sind. Aus dem grünen Belage wurde der Bacillus pyocyaneus gezüchtet. In der die Mamma umgebenden Haut sind zahlreiche flache regionäre Hautmetastasen zu bemerken, ausserdem sind die linken Achseldrüsen krebsig entartet und die Carcinommassen sind durch die linke Thoraxwand hindurchgewuchert. Es hat sich eine linkseitige krebsige Pleuritis entwickelt mit enormer schwartiger Verdickung der beiden Pleurablätter. In Lungen und Leber sind zahlreiche metastatische Krebsknoten vorhanden, ferner auch reichliche in einem kindskopfgrossen Myom der hinteren Muttermundslippe. Das Myom liegt in der stark erweiterten Vagina und ist von deren Schleimhaut überzogen, die ebenfalls zahlreiche platte Krebsmetastasen erkennen lässt. Die Krebsknoten innerhalb des Myoms erscheinen als röthliche, etwas eingesunkene weiche Herde von leicht poröser Beschaffenheit, die erbsen- bis haselnussgross sind.

Hieran schliesst sich die Demonstration einer fibrinös entzündeten Lunge.

Die schlaffe Hepatisation des befallenen Oberlappens, der nicht völlig aufgehobene Luftgehalt, die geringe Granulirung der Schnittfläche und die hämorrhagische Beschaffenheit einzelner entzündeter Lungenabschnitte hatten zunächst an eine Influenza-Pneumonie denken lassen. Die culturelle Untersuchung hat jedoch ergeben, dass das ätiologische Moment in diesem Falle der *Friedländer*'sche Pneumonie-Bacillus ist, der mikroskopisch in grosser Anzahl gefunden wurde. Es hat den Anschein, als ob die eben erwähnte Beschaffenheit der Lunge für *Friedländer*-Pneumonie bis zu einem gewissen Grade charakteristisch sei.

Zum Schlusse wird eine Lunge bei florider Phthise demonstrirt.

Sie bietet das Bild der akuten diffusen körnigen Broncho-Pneumonie dar, die zu totaler Hepatisation der ganzen Lunge geführt hat. Die Ursache der Totalverkäsung der Lunge ist hier nicht darin zu suchen, dass Tuberkelbacillen in eine croupös entzündete Lunge eingedrungen, sondern darin, dass aus einer alten bronchiektatischen tuberkulösen Caverne in der Spitze massenhaftes tuberkulöses Material in die übrigen Lungenabschnitte aspirirt wurde. Dementsprechend sind zwischen den älteren, bereits gelblich-käsigen Knoten frischere infiltrirte Partien von grauer bis gelblich-grauer Farbe zu erkennen.

Sitzung am 9. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr *Curschmann*.

Schriftführer: Herr *Windscheid*.

Herr Braun zeigte:

1) Einen vor $1^1/_2$ Jahren wegen eines *Osteoma eburneum* der Orbita operirten Patienten. Die wallnussgrosse Geschwulst ging von der medialen Wand der *linken* Augenhöhle, d. h. der Siebbeinplatte aus, ihr vorderer Pol war als harter, höckeriger Tumor am inneren Augenwinkel fühlbar gewesen, hinten reichte sie bis an das Foramen opticum. Sie hatte den Bulbus sehr stark nach vorn, unten, aussen verdrängt, ihn aber sonst nicht geschädigt, wohl wegen ihres sehr langsamen Wachsthums. Der Fall lag deshalb besonders schwierig, weil der Patient $1^1/_2$ Jahr vorher in Folge einer Schädelbasisfraktur auf dem *rechten* Auge völlig erblindet war. Durch einen die innere Hälfte der Orbita umkreisenden Schnitt wurde am 9. October 1895 die Geschwulst freigelegt und, nachdem die Weichtheile der Orbita bis in die Gegend des Foramen opticum vorsichtig von ihm abgelöst worden waren, liess sich der Bulbus fast ganz aus der Orbita luxiren und die Geschwulst konnte mit wenigen Meisselschlägen aus ihren Verbindungen mit dem Siebbeine gelöst und extrahirt werden. Es ist völlige Heilung eingetreten.

2) Einen vor $1^3/_4$ Jahren wegen eines Lippencarcinoms von ungewöhnlicher Grösse operirten Patienten. Das Carcinom bestand seit 4 Jahren, hatte nicht nur die ganze Unterlippe ergriffen, sondern reichte nach links weit über die Grenzen der Unterlippe hinaus. Nach unten erstreckte es sich über das Kinn und ging hier unmittelbar in einen grossen, unter dem Kinn gelegenen ulcerirten Drüsentumor über. Die Geschwulst war in ganzer Ausdehnung mit der Vorderfläche des horizontalen Kieferastes verwachsen und war auch auf das Zahnfleisch übergegangen, während die Schleimhaut des Mundbodens gesund war. Der Kranke wurde im Juli 1895 operirt. Das Carcinom wurde seitlich weit im gesunden Gewebe umschnitten und von der Vorderfläche des Kiefers stumpf abgelöst. Nun wurde das Kinn in einem horizontalen Sägeschnitt abgesägt und das abgesägte Knochenstück im Zusammenhange mit dem primären Carcinom und der Drüsengeschwulst weit im Gesunden exstirpirt. Dabei fielen beide Glandulae submaxillares weg, ebenso wurden die seitlich unter dem Kiefer gelegenen Drüsengruppen entfernt. Jetzt wurde die Vorderfläche des horizontalen Kieferastes, da mit ihm das Carcinom verwachsen gewesen und nur vorläufig stumpf abgelöst worden war, in einem frontalen Sägeschnitte, und endlich der ganze Alveolarfortsatz des Unterkiefers in einem horizontalen Sägeschnitte abgesägt. Es blieb also nur eine schmale Spange des horizontalen Kieferastes, gebildet aus dessen hinterer Wand, hinten mit Periost bedeckt, und in allen ihren Theilen weit entfernt von der bösartigen Geschwulst, zurück.

Braun glaubt, dass dieses Verfahren in sehr vielen Fällen vorgeschrittener Unterlippenkrebse die Querresektion des horizontalen Kieferastes ersetzen könne. Die Deckung des grossen, dreieckigen und hinten bis fast zum Zungenbein reichenden Defektes geschah durch einen der rechten Wange entnommenen, in seinem oberen Theile hinten mit Schleimhaut bekleideten Lappen mit der Basis am Halse. Die Heilung war nach Abstossung einiger kleinen Sequester vom Kiefer in wenigen Wochen beendet. Im November 1895 wurde eine am Rand des Sternocleidomastoideus gelegene Drüse exstirpirt, die sich bei der Untersuchung als carcinomatös erwies. Seitdem ist der Kranke blühend und gesund, die neugebildete Lippe hat ihre Form behalten und entspricht ihrem Zwecke. Der Bart verdeckt den Verlust des Kinns, so dass zur Zeit eine wesentliche Entstellung überhaupt nicht mehr vorhanden ist.

Herr Kockel zeigte *pathologisch-anatomische Präparate*:

1) Ein Herz mit starker Stenose und Insufficienz der Mitralklappen. Es findet sich eine consekutive beträchtliche Hypertrophie und Dilatation des linken Vorhofes und des ganzen rechten Herzens.

2) Ein Herz mit zuckergussartiger Verdickung des grössten Theiles des parietalen Endokards im linken Ventrikel. Die Schwielenbildung beschränkt sich aber nicht

blos auf das Endekard, sondern erstreckt sieh an mehreren Stellen 4—5 mm weit in die Muskulatur hinein. Besonders sind mehrere Trabekel tetal fibrös entartet.

Wegen des Verkommens trockener, gelblicher, etwas käsiger Partien innerhalb der fibrösen Lage ist es vielleicht gestattet, als Aetiologie der verliegenden Erkrankung die Syphilis anzunehmen.

3) Das Herz eines plötzlich verstorbenen Mannes. Man findet eine starke Sklerose der Coronar-Arterien und im Anfangstheile des Ramus descendens der linken Coronaria einen 1.5 cm langen, älteren Thromhns. Consekutiv ist in der ganzen Spitzenhälfte des linken Ventrikels die Muskulatur nekrotisch geworden und hildet gelbliche, trockene, etwas käsige Massen, zwischen denen sich Züge schwieligen Gewebes hinziehen. Die Herzspitze ist in mässigem Grade aneurysmatisch vergebuchtet und enthält zahlreiche Parietal-Thromben.

Das Präparat ist ein Beispiel für die am häufigsten zu beobachtende Ursache plötzlichen Todes: die Sklerose der Kranzarterien.

4) Zwei Oesophagus-Carcineme. Das eine zeigt das typische Verhalten: ringförmige, exulcerirte, 8 cm lange Geschwulst im untersten Drittel der Speiseröhre mit Durchbruch in den rechten Hauptbronchus und consekutive Aspirationpneumenie in der rechten Lunge. Das andere Präparat stammt ven einer Frau und zeigt dicht über der Kardia ein 3 cm langes, scirrhöses, sehr stark stenosirendes Carcinem, über dem der Oesophagus stark erweitert ist und eine bedeutende Hypertrophie seiner Muskulatur erkennen lässt.

5) Ein papilloses Carcinom im untersten Theile der Vagina ven Wallnussgrösse, das auf den ersten Blick und auch beim Durchschneiden einen gutartigen Eindruck macht. Die Krebs-Natur wird aber bewiesen durch eine Anzahl kleinerer papillöser Geschwulste im eberen Theile der Scheide, sowie durch metastatische Knoten im Beckenzellgewebe und besonders in der Leher.

Das Rectum derselben Frau ist in eine starre, gerade Röhre verwandelt, deren Schleimhautfläche ein einziges, grosses Geschwür darstellt, das his auf die Muskulatur reicht. Ven der Geschwürsfläche aus führen zahlreiche Fisteln in das periproctale Gewebe, das in hehem Grade fibrös indurirt ist.

Wegen des Fehlens jeglicher Narbenbildung, die für Sypbilis des Mastdarms charakteristisch ist, ist die Diagnose: generrheische Proctitis wohl gerechtfertigt.

Herr Riehl zeigte einen 21jähr. Mann mit ausgehreiteter Sklerodermie, es finden sich theils scharfer, theils diffus begrenzte Plaques in verschiedenen Entwickelungstadien hauptsächlich an der linken Körperhälfte: linker Fussrücken, Unterschenkel, Kniegegend und äussere Fläche des linken Oberschenkels sind von einer zusammenhängenden starren Plaque eingenommen. Im Nacken, am Stamme finden sich mehrere über flachbandgrosse, am linken Oberarme längs des Gefässverlaufe eine streifenförmige Stelle erkrankt; an letzterer Stelle ist die Aushreitung der Sklerose his zur Art. brachialis zu constatiren.

Herr Riehl besprach die anatomischen Befunde und Sektionergehnisse in Sklerodermiefällen und heb hervor, dass eine einheitliche Ursache und Erklärung hisher nicht gefunden werden ist. Die Mehrheit der Autoren fasst die Krankheit als durch nervöse Einflüsse entstehend auf. Der Kranke zeigte starke Atrophie der Muskulatur des linken Unterschenkels und der linken Hand.

Herr Riehl besprach die Befunde an Muskeln und ist der Ansicht, dass neben der Inaktivität- und Druckatrophie auch ein Uebergreifen des specifischen Processes der Sklerodermie auf die Muskeln erfolge.

In der *Verhandlung* erwähnte Herr *His* jun. einen ven ihm beebachteten Fall ven Sklerodermie, in dem die *Sektion* auch eine Sklerosirung innerer Organe ergah, so dass die Hauterkrankung nur als der Ausdruck eines auf der Haut am stärksten aufgetretenen gemeinsamen Processes zu betrachten war.

Herr Riehl sprach: *Ueber die Anatomie der Gichtknoten.*

Die Beziehung der Harnsäure zur Gicht hat seit *Garrod* verschiedene Beurtheilung erfahren. *Garrod* betrachtet die Harnsäure als die eigentliche Ursache aller giohtischen Erscheinungen. *Cantani* lässt sie nur als ein wirksames Moment bei der Entstehung der lokalen Symptome gelten, während *Ord* auch diese Bedeutung der Urate leugnet. *Garrod* vertritt die Ansicht, dass die Ablagerung der Urate im Gichtknoten das Primäre sei und die Urate in der Art eines Fremdkörpers die Gewebe reizen, *Pfeiffer* dagegen nimmt eine chemische Reizwirkung der harnsauren Salze an. *Ebstein*, dessen Ansichten in den letzten Jahren wohl die grösste Verbreitung gefunden haben, gelangt auf Grund anatomischer Untersuchungen zu der Ueberzeugung: die primäre Erscheinung im Gichtknoten sei eine weitgehende Veränderung der Gewebe (Nekrose), und die Ausscheidung der Urate erfolge in den nekrotischen Partien sekundär. *Ebstein* erklärt, er habe niemals Urate in normalem Gewebe auskrystallisiren sehen.

Auf diesen Punkt richteten sich die Untersuchungen des Vortragenden. Er hatte vor einigen Jahren Gelegenheit, einen Gichtknoten (Ellenbogengegend) frisch zu untersuchen und entsprechend zu conserviren.

Auf einem Durchschnitte dieses Knotens sieht man schon makroskopisch eine kreideweisse Einlagerung; sie besteht aus ungeheuren Mengen nadelförmiger Krystalle, die in Bündeln, grossen Büscheln und Drusen angeordnet sind. Vom Grundgewebe sieht man an diesen Stellen nichts, da die Krystallmassen das ganze Sehfeld bedecken. Lässt man einen Schnitt einige Zeit in Wasser liegen oder versucht man, ihn in wässerigen Farblösungen zu tingiren, dann lösen sich die Urate und man sieht an der Stelle der Ablagerung nekrotisches Gewebe, das manchmal fein streifige Zeichnung, d. h. die Abdrücke der ausgewaschenen Krystalle, erkennen lässt.

Die Abgrenzung gegen das gesunde Nachbargewebe geschieht durch einen mehr oder minder mächtigen Wall von wuchernden Bindegewebezellen mit grossem Kerne und stark entwickeltem Protoplasma. Viele dieser Zellen sind mehrkernig, es finden sich auch Riesenzellen mit 10 bis 20 Kernen.

Untersucht man die Umgebung der Uratdepots in einem nicht mit Wasser in Berührung gebrachten Schnitte, so kann man auch hier einen Theil der Zellenbegrenzung sehen und findet die Krystallnadeln bis an die Zellen oder in ihren Protoplasmaleib hineinragen.

In der Nachbarschaft grösserer Uratdepots kann man aber auch Krystallablagerungen in weniger massiger Form in den Lymphbahnen und den Räumen zwischen den Bindegewebebalken der Cutis und in letzteren selbst nachweisen. An solchen

Stellen vermisst man jede Spur einer Nekrose, häufig auch jede Erscheinung von Gewebereizung.

Daraus geht hervor, dass bei der menschlichen Gicht Uratkrystalle in unverändertes lebendes Gewebe abgelagert werden, ein Befund, der bisher nicht gemacht worden ist und mit dem Ausspruche *Ebstein's* direkt im Widerspruche steht.

Ob die Zellenwucherung rings um die grösseren Uratdepots als Fremdkörperwirkung anzusehen oder auf den chemischen Reiz der harnsauren Salze zurückzuführen ist, will der Vortragende nicht entscheiden. Er erwähnt nur, dass gerade das Corium eine grosse Empfindlichkeit gegen Fremdkörper besitzt und Zellenwucherung mit Riesenzellenbildung auch in Fällen zu finden ist, in denen die Fremdkörper einen chemischen Reiz auszuüben kaum im Stande sind, wie z. B. Glassplitter, Kohle, Haartrümmer u. s. w. Wie bedeutend diese Reaktion des Gewebes der Lederhaut bisweilen werden kann, sehen wir an den Fremdkörpertumoren, die nicht selten am Ohrläppchen (von dem Stichkanale für die Ohrringe ausgehend), um Tätowirungen u. s. w. gefunden werden.

Immerhin bleibt aber auch gerade bei den im alkalischen Gewebesafte leicht löslichen Uraten ein chemisch wirkender Gewebereiz sehr wahrscheinlich und der Vortragende hält die Entstehung der Nekrose im Gichtknoten durch diesen Einfluss für sehr wahrscheinlich. Die Nekrose ist aber sicher im Gichtknoten eine sekundäre Erscheinung.

In jüngster Zeit ist eine experimentelle Arbeit *Likhatscheff's* erschienen, deren Ergebnisse mit den Befunden des Vortragenden übereinstimmen. *Likhatscheff* unterband Hähnen beide Ureteren und fand darauf krystallinische Ablagerungen von harnsauren Salzen in den Geweben, und zwar auch im gesunden Gewebe.

Der Vortragende möchte noch eine Bemerkung anfügen über den muthmaasslichen Grund, warum die früheren Untersucher der menschlichen Gicht die Uratablagerung in normalen Geweben nicht gefunden haben. Es dürften zwei Ursachen in Betracht kommen: 1) dass das Untersuchungsmaterial meistens Leichen entnommen war und in diesem Materiale ein Theil der Harnsäure durch den alkalischen Gewebesaft bereits gelöst war, und 2) dass bei der Härtung und Färbung mit wässerigen Flüssigkeiten die feiner vertheilten Krystalle immer gelöst werden.

An mit wässerigen Flüssigkeiten behandelten Schnitten sieht man häufig die grösseren Uratdepots von einer homogen aussehenden Schicht nekrotischen Gewebes umschlossen, ein Bild, das durch Auswaschung der peripherischen, weniger dicht gelagerten Uratkrystalle zu Stande kommt und leicht Täuschungen veranlassen kann. Gute Präparate erhält man nur bei Härtung und Färbung in stark alkoholischen Lösungen.

Verhandlung. Herr *His* jun. hat durch subcutane Injektion von harnsaurem Natron, sowie durch Unterbindung der Ureteren experimentell bei Thieren Nekrosen im gesunden Gewebe erzeugen können, in denen sich auch regelmässig Nadeln vorfanden.

Herr *Kockel* zeigte an Glasphotogrammen Durchschnitte von Gichtknoten. Es finden sich darin zwei verschiedene Sorten von Nadeln: feine, die im auffallenden Lichte weiss glänzen und sich in Wasser nur schwer lösen, und gröbere büschelförmige, die sich in Wasser leicht lösen und mit Hämatoxylin bläulich färben. Beide sind vielleicht chemisch von einander verschiedene Körper. Die Krystalle wirken auf die Gewebe als Fremdkörper, und zwar entzündlich, was aus der Anwesenheit einer Fremdkörper-Riesenzelle hervorgeht. —

Herr Kockel sprach: *„Ueber Unfälle durch Einathmung von Salpetersäuredämpfen“*. (Der Vortrag wird in extenso in der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin veröffentlicht werden.)

Verhandlung. Herr *Bahrdt* hat in einem Falle von Vergiftung mit Mirbanöl ein ähnliches Latenzstadium gesehen, wie es vom Vortragenden beschrieben wurde, und fragt an, ob dasselbe dadurch zu erklären sei, dass die Blutveränderung erst eine gewisse Höhe erreichen müsse, ehe sie Symptome mache.

Herr *Zweifel* hat einen Vergiftungsfall durch Salpetersäuredämpfe beobachtet, in dem erst 2 Stunden nach der Einathmung die ersten Symptome auftraten, und er weist auf die Behandlung derartiger Vergiftungen mit grossen Dosen Alkohol hin.

Herr *Barth* frägt an, ob die Vergiftung als chemische oder als toxische Wirkung zu betrachten sei.

Herr Kockel führt das Latenzstadium darauf zurück, dass erst das entzündliche Lungenödem vorhanden sein müsse, ehe die schweren Symptome, speciell die Herzerscheinungen, auftreten. Die Empfänglichkeit des Menschen für Salpetersäuredämpfe sei ausserdem eine sehr verschiedene, manchmal könne sogar die Einathmung ohne Folge bleiben. Auch könne eine Gewöhnung an die Dämpfe eintreten. Die Resorption von Salpetersäuredämpfen durch Aufnahme in das Blut sei bisher nur bei Thieren nachgewiesen, die Wirkung beim Menschen sei daher wahrscheinlich eine lokale.

Herr *Heffter* hält neben der lokalen Wirkung auch beim Menschen eine allgemeine für wahrscheinlich, die sich besonders am Centralnervensysteme zeige.

Herr *Barth* weist darauf hin, dass die salpetersauren Salze vom Organismus sehr festgehalten werden, daher in den Sekreten nur schwer nachgewiesen werden können.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1896.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Amann, Jules, Un nouveau procédé de dosage des phénols dans l'urine. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. p. 657. Nov.

Apáthy, Stefan, Notiz über d. Verwendung d. Hohlspiegels b. schwacher Vergrösserung, nebst Bemerkungen zur Kritik meiner Mikrotechnik von Prof. *Josef Schaffer*. Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 1897.

Arloing, Réaction de la sueur de l'homme. Lyon méd. LXXXVIII. p. 505. Déc.

Baumann, E., u. E. Goldmann, Ist das Jodothyrin (Thyrojodin) der lebenswichtige Bestandtheil der Schilddrüse? Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Benedikt, Moritz, Beobachtungen u. Betrachtungen aus d. *Röntgen*-Cabinette. Wien. med. Wochenschr. XLVI. 52. 53.

Berggrün, Emil, u. Ferd. Winkler, Ueber eine maassanalyt. Bestimmungsmethode d. Eiweisskörper in d. Frauenmilch. Wien. klin. Wchnschr. X. 2. 1897.

Bial, Manfred, Ueber d. Mechanismus d. Gasgährungen im Magensafte. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 1.

Binz, C., Die Reduktion d. Arsensäure durch Organsäfte. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 259. 1897.

Blum, F., Ueber Halogeneiweissderivate u. ihr physiologisches Verhalten. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47.

Bogomolow, Th., u. Wassilioff, Beiträge zur quantitativen Bestimmung d. Peptons im Harn. Med. Centr.-Bl. XXXV. 3. 1897.

Bondzyński, St., u. V. Humnicki, Ueber d. Schicksal d. Cholesterins im thier. Organismus. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 396.

Brault, A., La glycogenèse dans les tumeurs. Arch. des Sc. méd. I. 5. p. 419. Sept.

Brühl, Ueber d. Verwendung von *Röntgen*'schen X-Strahlen zu paläontolog.-diagnost. Zwecken. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 547.

Buka, *Röntgen*-Strahlen von hoher Intensität. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Bunts, F. E., Who shall apply the X-ray in medicine and surgery? Clevel. med. Gaz. XII. 2. p. 79. Dec.

Camerer u. Söldner, Analysen d. Frauenmilch, Kuhmilch u. Stutenmilch. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 535.

Cavalli, Giovanni, Contributo allo studio della bile in ordine al suo contenuto urobilinico e trasformabilità in urobilina. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 394.

Chiodera, Peppino, Contributo allo studio della genesi del pigmento giallo fondamentale dell'urina. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 505.

Codd, J. Alfred, A method of accelerating ureametry. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1445.

Cohnheim, Otto, Ueber d. Salzsäurebindungsvermögen d. Albumosen u. Peptone. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 480.

Cohnstein, Wilhelm, u. Hugo Michaelis, Ueber d. Veränderung d. Chylusfette im Blute. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 473. 1897.

Cowl, W., Ueber grössere Deutlichkeit in *Röntgen*-Bildern. Deutsche med. Wchnschr. LXII. 48.

Creighton, Charles, Microscopic researches on the formative property of glycogen. I. Physiological. London. Adam u. Charles Black. 8. VIII and 152 pp. with 5 coloured plates. 7 Sh. 6 P.

Destot, Expériences radiographiques. Lyon méd. LXXXIII. p. 523. Déc.

Dormeyer, C., Die quantitative Bestimmung von Fetten, Seifen u. Fettsäuren im thier. Organismus. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 90.

Drechsel, E., Ueber d. Bindung d. Schwefels im Eiweissmolecul. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 18.

Dumstrey, *Röntgen*-Photographien. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 111.

Dunlop, James C., Oxaluria and the excretion of oxalic acid in urine. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 15.

Einhorn, Max, The dimethylamido-azobenzol or *Toepfer's* test for free hydrochloric acid. New York med. Journ. May 9.

Escombe, F., Beitrag zur Chemie d. Membranen d. Flechten u. Pilze. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 288.

Formi, C., Ueber d. vermuthl. Toxicität d. Enzyme. Nebst Erwiderung von *H. Kionka*. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 51.

Finson's medicinske Lysinstitut. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 50.

Gaudot, De l'emploi de la photographie dans l'étude des sédiments urinaires. Lyon méd. LXXXIII. p. 345. Nov.

Goldbach, Leopold, Ueber den Stickstoff- u. Wassergehalt d. Blutes. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 417.

Hanriot, Sur un nouveau ferment du sang. Bull. de l'Acad. XXXVI. 44. p. 578. Nov. 10.

Hari, Paul, Ueber die Salzsäurebestimmung im Mageninhalte nach *Töpfer*, nebst Bemerkungen über die *Sjöqvist*'sche u. *Braun*'sche Methode. Arch. f. Verd.-Krankh. II. 3. p. 332.

Hnatek, J., A study of the chemical composition of vomited matters in the gastric crises of tabes. Clevel. med. Gaz. XII. 1. p. 13. Nov.

Hutchinson, Robert, The chemistry of the thyroid gland and the nature of its active constituent. Journ. of Physiol. XX. 6. p. 474.

Hutchinson, Robert, On the active constituent of the thyroid gland. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Jaksch, R. v., Ueber d. Stickstoffgehalt d. menschl. Hirns. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 467.

Jolles, Adolf, Beiträge zur quantitativen Bestimmung d. Eisens im Blute. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 579. 1897. — Wien. klin. Rundschau XI. 5. 1897.

Keen, W. W., 2 specimens of urine in which after nearly 20 years hyaline and granular casts and epithelial cells were perfectly preserved by means of chloral. New York med. Record LI. 2. p. 48. Jan. 1897.

Köhner, Heinrich, Ueber d. Veränderungen d. Rohrzuckers im Magen-Darmkanal. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 404.

Koeppe, Hans, Physiolog. Kochsalzlösung — Isotonie — osmot. Druck. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 492. 1897.

Kovács, Joseph, Ueber d. Einfluss d. Anämie auf die Zusammensetzung des Harnes. Ungar. med. Presse I. 9.

Krawkow, N., Ueber d. Kohlehydratgruppe im Eiweissmolekül. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 281.

Landi, Contributo allo studio della sintesi dell'acido fenosolforico nell'organismo. Gazz. degli Osped. XVII. 149.

Laquer, B., Ueber d. *Krüger-Wulff*'sche Methode d. Alloxurkörperbestimmung. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 44.

Lebbin, Ueber eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung d. Rohfaser. Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 212. 1897.

Levy, Ueber Durchleuchtung d. Thorax mittels *Röntgen*-Strahlen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 524.

Levy-Dorn, Max, Beitrag zur Mechanik d. Untersuchung mit *Röntgen*-Strahlen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51. p. 1142.

Loewenherz, R., Gefrierpunkts-Erniedrigung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 51.

Lubarsch, O., Erwiderung auf d. Berichtigung *P. Fürbringer's* [Böttger'sche Krystalle]. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 362.

Lüthje, Hugo, Der heutige Stand der Alloxurkörperfrage. Arch. f. Verd.-Krankh. II. 3. p. 345.

Macartney, Richard, *Roentgen* photography: is glass opaque to the *Roentgen* rays. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1417.

Macintyre, John, X rays. Lancet Nov. 7.

M'Kendrick, John G., Notes on certain physical and physiological measurements and estimates. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 303. Jan. 1897.

Malfatti, Hans, Ueber die *Krüger-Wulff*'sche Methode d. Alloxurkörperbestimmung. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 1. 1897.

Mannelli, M., et A. Giudice, Sur un rapport spécial existant entre l'urée et le chlore éliminés avec les urines. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 225.

Marfori, Pio, Sur les transformations de quelques acides de la série oxalique dans l'organisme. Acides malonique, succinique et glutarique. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 194.

Medvedew, An., Ueber d. Oxydationskraft d. Gewebe. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 249.

Meyer, Max, Ueber die Rauhigkeit tiefer Töne. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 1 u. 2. p. 75.

Micheli, F, e C. Serono, Sul dosamento del fosforo organico nelle orine. Rif. med. XIII. 15. 1897.

Milroy, T. H., Ueber d. Eiweissverbindungen d. Nucleinsäure u. Thyminsäure u. ihre Beziehung zu d. Nucleinen u. Paranucleinen. Ztschr. f. physikal. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 307.

Neesen, F., Tropfenquecksilberpumpe mit Einrichtung zur Bestimmung d. Blutgasmengen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 483.

Nichols, J. B., Notes on the reactions and tests of bile pigments in urine and other organic fluids. Med. News LXIX. 26. p. 727. Dec.

Patella, Vincenzo, od Alberto Mori, Reazioni cromatiche del sangue dei diabetici. Gazz. degli Osped. XVII. 137.

Pavy, W. F., The quantitative determination of sugar in blood. Journ. of Physiol. XX. 6. p. VII.

Peck, W. H., Recent contributions to skiography. Medicine III. 1. p. 1. Jan. 1897.

Pirquet, Clemens v., Prüfung der *d'Arsonval*'schen Elektroden auf Gleichartigkeit u. Unpolarisirbarkeit. Mit einem Nachtrage von *J. Amberger*. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 606.

Pohl, Julius, Zur Kenntniss des oxydativen Fermentes. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 65.

Rassmusson, Michael, Paavisning af Galdefarvestoff i Urinee. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 50.

Raw, Nathan, The value of X rays in medicine and surgery. Lancet Nov. 21.

Robin, Albert, Du chimisme respiratoire à l'état normal et dans la fièvre typhoïde. Gaz. des Hôp. 127.

Robin, A., et Binet, Etude clinique sur le chimisme respiratoire. Arch. gén. p. 515. Nov.

Röntgen, W. C., Ueber eine neue Art von Strahlen. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1. 2.

Röntgen'sche Strahlen s. I. *Benedikt, Brühl, Buka, Bunts, Court, Destot, Dumstrey, Levy, Macartney, Macintyre, Peck, Raw, Röntgen, Smith.* II. *Destot, Morgan, Poncet, Riedinger, Thomson, Zuntz.* IV. 1. *Grunmach, Wassermann;* 2. *Bouchard;* 3. *Bergonié, Bouchard, Levy, Pöch;* 4. *Destot, Disen, Pepper, Thomson;* 9. *Despeignes;* 10. *Crocker, Drury.* V. 1. *Brausewetter, Exner, Morris, Richardson, Wagner;* 2. a. *Péan;* 2. d. *Laurie;* 2. e. *Barwell, Breitenstein, Péraire, Thomas, Wenzlik.* VI. *Seiffart.* X. *Bloch.* XI. *Downie.* XII. *Schaeffer.*

Roos, E., Zur Frage nach d. Anzahl d. wirksamen Substanzen in d. Schilddrüse. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Salkowski, E., Zur Kenntniss der Oxydationsfermente d. Gewebe. Mit Benutzung von Versuchen von Dr. *Yamagiwa.* Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 1. 1897.

Schulze, E., a) Ueber das wechselnde Auftreten einiger krystallisirbarer Stickstoffverbindungen in d. Keimpflanzen. — b) Ueber d. beim Umsatze d. Proteinstoffe in d. Keimpflanzen einiger Coniferenarten entstehenden Stickstoffverbindungen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 411. 435.

Seelig, Albert, Eine Methode zum Nachweis lokaler Zuckerausscheidung in d. Organen, speciell in d. Niere. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 158.

Smith, Gerard, *Roentgen* photography. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1481.

Solomin, P., Ueber d. b. Erhitzen d. Milch ausfallenden Eiweissmengen. Arch. f. Hyg. XXVIII. p. 43.

Solomon, Leon L., Analysis of gastric contents with special reference to hydrochloric acid and the ferments of the stomach. Amer. Pract. and News XXII. 13. p. 481. Dec.

Stoker, Georg, Ammoniak im Mageninhalt u. im Speichel. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43.

Vrijheid, J. A., Iets over cholera rood-reactie. Nederl. Weekbl. II. 20.

Weiss, Franz, Ueber d. Jodgehalt d. Schilddrüsen in Schlesien. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

Wertheim, Salomonson, D. J., Een physiolog. ijkingsmethode voor het inductorium. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. hlz. 57.

S. a. II. Bogdanow, Bottazzi, Burmester, Casciani, Daddi, Donnert, Fano, Flemming, Hammarsten, Helmholtz, Honigmann, Kohlenberger, Lominsky, Nencki, Rosemann, Schaffer, Schenck, Schulz, Terray, Ueberhorst, Voit, Winternitz. III. Biernacki, Blumenthal, Bordier, Boullanger, Brieger, Cantani, Capaldi, Cramer, Drohny, Horton, Iljisch, Moraczewski, Paul, Poehl, Postoeff, Rem, Roncali, Runeberg, Shattock. IV. 2. Afanassiew, Bormans, Dufour, Jez, Ohlmacher, Robin, Stern; 5. Benedikt, Ruge, Wolff; 9. Buchanan, Daggett, Gemmell, Hirschfeld, Ieglis, May, Ouchterlony, Robbins, Ruttan, v. Stransky, Tenhamm, Watson, Windell. V. 2. c. Heinsheimer. VII. Neumann, Westphalen. VIII. Camerer. IX. Schaefer. XI. Bezold. XIII. 2. Adrian, Monheim, Strauss. XIV. 1. Camilla, Rosemann. XV. Haldane, Richmond, Wolpert.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Achard, Ch., et R. Bensaude, Recherches sur la présence de la propriété agglutinante dans le plasma sanguin et divers liquides de l'organisme. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 748. Nov.

Adolphi, H., Ueber Variationen d. Spinalnerven u. d. Wirbelsäule anurer Amphibien. Morphol. Jahrb. XXV. 1. p. 115.

Albrecht, Heinrich, Ein Fall von sehr zahlreichen über d. ganze Peritonaeum versprengten Nebenmilzen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XX. 3. p. 513.

Altmann, R., Ueber Granula- u. Intergranularsubstanzen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 360.

Altmann, R., Ueber d. Wesentliche in d. Zelle. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 423.

Anton, G., Die Bedeutung d. Balkenmangels f. d. Grosshirn. Wien. klin. Wchnschr. IX. 45.

Argutinsky, P., Ueber eine regelmäss. Gliederung in d. grauen Substanz d. Ruckenmarks bei Neugeborenen u. über d. Mittelzellen. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 496.

Arx, Max v., Geometrie u. Statik d. weibl. Beckenorgane. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 324.

Ascoli, V., Sull'iperleucositosi digestiva. Policlin. III. 22. p. 501.

Barbèra, A. G., Influence des clystères nutritifs sur l'élimination de la bile et sur la sécrétion du suc gastrique. Contribution à une nouvelle interprétation de la signification physiologique de la bile. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 253.

Barker, L. F., Remarks on anatomical relations of the cochlear and vestibular nerves. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68. 69. p. 195. Nov.—Dec.

Beale, Lional S., Vitality. Lancet Jan. 23. 1897.

Banda, C., Ueber d. Bedeutung d. *Weigert*'schen Neurogliafasern. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46. Beil.

Benedicenti, A., Die Wirkung der Kohlensäure auf d. Athmung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 408.

Benedikt, Moriz, Weitere Beiträge zur Biomechanik d. Kreislaufs. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 47.

Bargeat, Hugo, Die Asymmetrien d. knochernen Choanen. Arch. f. Laryngol. IV.

Bartacchini, P., Ricerche biologiche sulla spermatogenesi nell gruppo degli anfibi anuri. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 12. p. 409.

Besold, Gustav, Zur Martius'schen Herzstosstheorie. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49.

Bianchi, Aurelio, Gli spostamenti dei reni durante la digestione gastrica. Gazz. degli Osped. XVII. 143.

Biekel, Adolf, Beiträge zur Lehre von d. Bewegungen d. Wirbelthiere. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 231.

Binet, A., et J. Courtier, Contribution à l'étude des changements de forme du pouls artériel et du pouls capillaire aux différentes heures de la journée. Revue neurol. IV. 24. p. 739.

Birmingham, A., Asymmatry of the sternum. Dubl. Journ. CIII. p. 31. Jan. 1897.

Bizzozero, G., et C. Sacerdotti, Influence de la température et de l'afflux sanguin sur l'activité productive des éléments. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 88.

Blacker, G. F., and T. W. P. Lawrence, A case of true unilateral hermaphroditism with ovotestis occurring in man, with a summary and criticism of the recorded cases of true hermaphroditism. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 265.

Boeri, Giovanni, Intorno all'influenza del vago sui reni. Gazz. degli Osped. XVII. 140.

Bogdanow, E., Ueber d. Fette d. Fleisches. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 81.

Bordier, H., Recherches expérimentales sur l'adhérence de 2 surfaces polies, planes ou sphériques, séparées par une mince couche liquide. Cas des surfaces articulaires. Lyon méd. LXXXIII. p. 392. Nov.

Boruttau, H., Beiträge zur Nerven- u. Muskelphysiologie. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 1.

Boruttau, H., Weitere Erfahrungen über d. Beziehungen d. N. vagus zur Athmung u. Verdauung. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 26.

Bottazzi, F., et V. Ducceschi, Résistance des érythrocytes, alcalinité du plasma et pression osmotique du sang dans les différentes classes des vertebrés. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 101.

Brachet, A., Recherches sur le développement du pancréas et du foie. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 6. p. 620. Nov.—Déc.

Bradley, W., Unusual successions of monstres. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 78. 1897.

Brandt, A., Eine Virago, mit Benutzung der von Dr. *W. Farr* ermittelten gynäkolog. Daten besprochen. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 532.

Braun, Ludwig, Der Ausdruck d. Herzbewegungen an d. Thoraxwand. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 49. 50.

Braun, Ludwig, Zur Methodik d. graph. Darstellung der Herzbewegung. Wien. klin. Wchnschr. IX. 51.

Brayn, Philip J., and Sidney Stuck, A case of hemicephalic monster. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Bristow, A. T., Congenital absence of both patellae. Med. News LXX. 1. p. 15. Jan. 1897.

Broca, A., et O. Lenoir, Note sur un cas de persistance du cartilage de *Merkel* avec absence de l'oreille externe du même côté. Considérations sur le développement du maxillaire inférieure et des osselets de l'ouïe. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 5. p. 559. Sept.—Oct.

Broom, R., On the occurrence of an apparantly distinct prevomer in gomphognatus. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 277. Jan. 1897.

Broom, R., An apparently hitharto undescribed nasal-floor bone in the Hairy Armadillo. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 280. Jan. 1897.

Bruce, A., D'un faisceau spécial de la zone latérale de la moelle épinière. Revue neurol. IV. 23. p. 698. Déc.

Bruner, Henry L., Ein neuer Muskelapparat zum Schliessen u. Oeffnen d. Nasenlöcher h. d. Salamandriden. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 395.

Bryce, Thomas H., Note on 2 useful accessories in serial section-cutting by the paraffin method. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 305. Jan. 1897.

Buchanan, Leslie, The glands of the ciliary body. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 262. Jan. 1897.

Bum, Anton, Ueber periphere u. centrale Ermüdung. Wien. med. Presse XXXVII. 48.

Burmester, Ernst, Beitrag zur experiment. Bestimmung geometr.-optischer Täuschungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XII. 5 u. 6. p. 355.

Camerer, W., Beiträge zur Physiologie d. Säuglings. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 521.

Casciani, L'eliminazione degli eteri sulfonici per le urine nella stitichezza, nella varia alimentazione e sotto l'uso delle acque clorurato-sodiche a dose purgativa. Rif. med. XII. 290.

Cavazzani, E., Sur une aptitude spéciale du foie à retenir la violet de méthyle. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 27.

Centralblatt f. Anthropologie, Ethnologie u. Ur-

geschichte. Herausgeg. von *G. Buschan*. 1. Bd. Breslau. J. U. Kern's Verl. 8. 384 S.

Chassevant, A., Sur la fonction thyroïdienne. Nouv. Remèdes XII. 21. p. 633. Nov.

Clason, Edv., Om ett fynd af mennisko-skeletter på Helgeandsholmen. Upsala läkareföreu. förh. N. F. II. 1. s. 76. 1896. 2 och 3. s. 141. 1897.

Cox, W. H., De fibrillaire bouw der spinaal-ganglioncel. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 227.

Crzellitzer, Arth., Die *Tscherning*'sche Accommodationstheorie, eine zusammenhängende Darstellung nach d. *Tscherning*'schen Arbeiten u. nach eigenen Versuchen. Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 36.

Daddi, L., Nouvelle méthode pour colorer la graisse dans les tissus. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 143.

D'Arman, Dom., Sur la résistence électrique du corps humain. Progrès méd. 3. S. IV. 4. 1897.

Dehiarra, Ch., et L. Lemaire, Les muscles spinaux postérieurs (muscles des gouttières vertébrales), leur valeur morphologique. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 6. p. 601. Nov.—Déc.

De Buck, D., et L. De Moor, La théorie moderne du sommeil. Belg. méd. III. 48. p. 684.

De Domenicis, N., Ricerche sperimentali per la fisiologia delle capsule surrenali. Gazz. degli Osped. XVII. 140. 1896. — Wien. med. Wchnschr. XLVII. 1. 1897.

Delitzin, S., Ueber eine complicirte Anomalie im Gebiete d. Art. obturatoria u. epigastrica inferior. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 413.

Dennert, Hermann, Zur Wahrnehmung d. Geräusche. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 2. p. 109.

Deroyer, Inversion totale des viscères. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 623. Juillet—Oct.

Destot, Photographies radiographiques sur la circulation artérielle fine du rein. Lyon méd. LXXXIII. p. 482. 518. Déc.

Disse, J., Graf Spee, Mehnert u. Pfitzner, Skeletlehre [3. Lief. d. Handbuchs d. Anatomie d. Menschen, herausgeg. von *Karl von Bardeleben* I. 2]. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. VII S. u. S. 93—372 mit 102 Holzschn. 11 Mk. 50 Pf.

Dorland, W. A. Newman, A diprosopic monstrosity. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 107. Nov.

Du Bois-Reymond, René, Zur Mechanik der untern Extremität. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 544.

Duloroy, Parencéphalie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 845. Nov.—Déc.

Edon, Thomas Wates, A study of the human placenta. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 265. Dec.

Eggeling, H., Zur Morphologie d. Dammmuskulatur. Morpholog. Jahrb. XXIV. 4. p. 511.

Eggeling, H., Zur Morphologie d. Dammmuskulatur. Morpholog. Jahrb. XXIV. 4. p. 768.

Engelmann, Th. W., Ueber d. Ursprung d. Herzbewegungen u. d. physiolog. Eigenschaften d. grossen Herzvenen d. Frosches. Arch. f. Physiol. LV. 3 u. 4. p. 109.

Engelmann, Th. W., Ueber den myogenen Ursprung d. Herzthätigkeit u. über automat. Erregbarkeit als normale Eigenschaft peripher. Nervenfasern. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 535. 1897.

Exner, Sigm., Ueber autokinet. Empfindungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XII. 5 u. 6. p. 313.

Fano, G., et F. Bottazzi, Sur la pression osmotique du sérum du sang et de la lymphe en différentes conditions de l'organisme. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 45.

Farnsteiner, Ernst, Ueber Resorption von Pepton im Dünndarm u. deren Beeinflussung durch Medikamente. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 475.

Féré, Ch., L'attitude dans les états apathiques considérée au point de vue de la regression. Revue de Méd. XVI. 11. p. 926.

Filippi, Nota sul ricambio materiale dei cani operati di fistola d'Eck. Rif. med. XII. 246.

Fischel, Richard, Ueber Tonusveränderungen u. d. andern graphisch an d. 4 Abtheilungen d. Säugethierherzens b. elektr. Reizung dess. zu ermittelnden Erscheinungen. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 228. 1897.

Fischer, Otto, Ueber Grundlagen u. Ziele der Muskelmechanik. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 363.

Flemming, W., Ueber d. Einfluss d. Lichts auf d. Pigmentirung d. Salamanders. Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 369.

Gahri, G., A propos des cellules radiculaires postérieures de *v. Lenhossek* et *Ramón y Cajal*. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 115.

Gad, J., Ueber thorakale Athmung. Prag. med. Wchnschr. XXI. 44. 45.

Galeotti, Gino, Beitrag zur Kenntniss d. Sekretionserscheinungen in den Epithelzellen der Schilddrüse. Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 305.

Gaule, Justus, Ueber d. Zahlen d. Nervenfasern u. Ganglienzellen in den Spinalganglien des Kaninchens. Nach einer Untersuchung von *Th. Lewin*. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 16.

Gehhardt, Franz von, Ueber d. Einfluss ein- u. mehrmaliger Nahrungsaufnahme auf d. Organismus. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 611.

Gérard, Georges, Les canaux anastomotiques artério-veineux chez l'homme et le singe. Arch. des Sc. méd. I. 5. p. 455. Sept.

Giglio-Tos, E., Sur les cellules du sang de la Lamproie. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 93.

Girou, J., Note sur un monstre double sycéphalien iniope né à la maternité d'Aurillac. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 5. p. 567. Sept.—Oct.

Göppert, E., Zur Phylogenese d. Wirbelthierkralle. Morphol. Jahrb. XXV. 1. p. 1.

Goncharonkov, N., Sur l'hystogenèse des corps concentriques de Hassal dans le thymus. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 723.

Goodale, J. L., An experimental study of the respiratory function of the nose. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 19. 20. p. 457. 487. Nov.

Grant, Chas. Grasham, A case of ectocardia. Brit. med. Journ. Dec. 5. p. 1639.

Grawitz, E., Bemerkungen zu d. Artikel d. Herrn *A. Loewy* „über Veränderungen d. Blutes durch therm. Einflüsse". Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45, vgl. 41.

Grawitz, P., Biolog. Studie über d. Widerstandsfähigkeit lebender thier. Gewebe. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 2. 3. 1897.

Greeuley, T. B., Biology and the duality of man. Amer. Pract. and News XXII. 11. 12. p. 407. 441. Nov., Dec.

Griffith, T. Wardrop, An abnormal muscle of the hand, with remarks on the course of the radial artery. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 283. Jan. 1897.

Griffiths, Joseph, A descriptive account of the genital apparatus of the boar and in the pig. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 268. Jan. 1897.

Gruher, R., Physikal. Studien über Augendruck u. Augenspannung. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 69.

Grützner, P., Krit. Bemerkungen über d. Anatomie d. Chiasma opticum. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 2. 1897.

Gudden, Hans, Auwendung elektiver Färbemethoden am in Formol gehärteten Centralnervensystem. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.

Guillery, Weitere Untersuchungen über d. Lichtsinn. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 3. p. 187. 1897.

Haldane, John, and J. Lorrain Smith, The

oxygen tension of arterial blood. Journ. of Physiol. XX. 6. p. 497.

Haller, B., Untersuchungen über d. Hypophyse u. d. Infundibularorgane. Morphol. Jahrb. XXV. 1. p. 31.

Hamburger, H. J., Influence de la pression intra-abdominale sur la résorption dans la cavité abdominale. Revue de Méd. XVI. 12. p. 1008. — Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 428.

Hammar, J. Aug., Om förekomsten af ett primärt protoplasmatiskt sammanhang mellan äggets klyfvingsceller. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 1. s. 47.

Hammarsten, Olof, Ueber d. Bedeutung d. lösl. Kalksalze f. d. Faserstoffgerinnung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 333.

Hammer, Hans, Zur Casuistik d. Missbildungen d. menschl. Körpers. Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 1. p. 67. 1897.

Hanau, Arthur, Versuche über d. Einfluss d. Geschlechtsdrüsen auf d. sekundären Sexualcharaktere. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 516. 1897.

Hawthorne, C. O., Case of cervical spina bifida healed spontaneously. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 449. Dec.

Helmholtz, H. von, Handbuch d. physiolog. Optik. 2. Aufl. 11.—17. Lief. Hamburg u. Leipzig 1895. 1896. Leopold Voss. Gr. 8. S. 801—1334 u. XIX S. mit 7 Tafeln u. eingedr. Holzschn.

Henuecart, Alexandre, Anomalies des calices, du bassinet et des vaisseaux sanguins d'un rein. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 616. Juillet—Oct.

Herff, Otto von, Beiträge zur Lehre von der Placenta u. von d. mütterl. Eihüllen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 325.

Hering, H. E., Ueber d. Wirkung zweigelenkiger Muskeln auf 3 Gelenke u. über die pseudoantagonist. Synergie. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 627. 1897.

Hermann, L., Kleine physiolog. Bemerkungen u. Anregungen. Arch. f. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 599. 1897.

Hinshelwood, James, The visual memory for words and figures. Brit. med. Journ. Nov. 21. p. 1543.

Hirschberg, J., Ueber Blutgefässe d. Hornhaut. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 531.

Hofbauer, Ludwig, Tägliche Schwankungen d. Eigenschaften des Speichels. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 503. 1897.

Hofmeier, M., Beiträge zur Anatomie u. Entwicklung d. menschl. Placenta. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 414.

Holowinski, Anton von, Ueber d. Photographie d. 2 Herztöne, gleichzeitig mit andern physiolog. Wellen. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 201.

Honigmann, Georg, Beitrag zur Kenntniss d. Aufsaugungs- u. Ausscheidungsvorgänge im Darme. Arch. f. Verd.-Krankh. II. 3. p. 296.

Hüttenbrenner, Andr. von, Ueber d. Bau d. Nabelschnur von jüngeren Embryonen. Wien. klin. Wchnschr. IX. 49.

Jacob, Paul, Fall von angeb. Anonychie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50. Beil.

Jahresbericht über d. Fortschritte d. Physiologie, herausgeg. von *L. Hermann*. IV. Bd. Bericht f. d. J. 1895. Bonn. Emil Strauss. 8. VI u. 300 S.

Jankau, Ludwig, Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschl. Ohrs. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde u. s. w. XXX. 11.

Janošik, J., Die Atrophie d. Follikel u. ein seltsames Verhalten d. Eizelle. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 2. p. 169.

Jelgersma, G., De verhindingen van de groote hersenen bij de vogels met de oculomotorius-kern. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 241.

Johnson, Lindsay, Beobachtungen an d. Macula lutea. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 4. p. 337.

Iraai, Arthur, Beitrag zur Rolle d. Schilddrüse im Organismus. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Karpoff, Wl., Quelques notes sur les noyaux accessoires et la division directe. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 837.

Kathariner, L., Giftapparat u. Zahnwechsel der Giftschlangen. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. z. Würzb. 1.

Kelly, Aloysius O. J., The neuron. Philad. Policlin. V. 49. p. 485. Dec. 1896. — Univers. med. Mag. IX. 4. p. 276. Jan. 1897.

Klemperer, G., Zur Kenntniss d. Ursachen d. Magensaftsekretion. Char.-Ann. p. 128.

Klinke, Otto, Ueber d. Zellen d. unteren Oliven. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.

Klug, Ferd., Beiträge zur Pepsinverdauung. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 330.

Königstein, L., Notizen zur Anatomie u. Physiologie d. Orbita. [Beitr. z. Augenhkde., herausgeg. von *R. Deutschmann*.] Hamburg u. Leipzig. Leopold Voss. 8. 49 S.

Kohlenberger, Zur Frage d. Resorbirbarkeit d. Albumosen im Mastdarm. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Kohn, Alfred, Studien über d. Schilddrüse. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 398.

Kostanecki, K., u. M. Siedlecki, Ueber das Verhalten d. Centrosomen zum Protoplasma. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 2. p. 181.

Koureff, De la réduction des substances solides et des albumines à l'état de repos dans un muscle tétanisé. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 724.

Krokiewicz, A., Ein Fall von Hermaphroditismus spurius completus femininus. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 525.

Kronecker, H., et F. Lüscher, L'innervation de l'oesophage. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 308.

Kuthy, Desidor, Beitrag zur Frage d. explosiven Vermehrung d. rothen Blutzellen an höher gelegenen Orten. Ungar. med. Presse II. 5. 1897.

Laloy, L., Les cornes cutanées dans l'espèce humaine. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 9. p. 311.

Laue, W. Arbuthnot, On the study of anatomy and its application to the practice of medicine and surgery. Brit. med. Journ. Nov. 7. 14.

Lapinsky, Michael, Zur Frage über d. Lumen d. Gehirncapillaren. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 169.

Levi, Léopold, Quelques points de l'histologie normale et pathologique du foie de l'homme adulte. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 840. Nov.—Déc.

Lewandowsky, M., Die Regulirung d. Athmung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 483.

Lewandowsky, M., Ueber d. Lungenvagus. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 20.

Lewinstein, Georg, Zur Kenntniss der Wirkung d. verdünnten Luft. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 278.

Lewy, Benno, Die Reibung d. Blutes. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 447. 1897.

von Linstow, HelminthIolog. Mittheilungen. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 375.

Lloyd, R. J., The genesis of vowels. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 233. Jan. 1897.

Lloyd, R. J., The interpretation of the phonograms of vowels. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 240. Jan. 1897.

Loeb, Jacques, u. Sidney P. Budgett, Ueber d. Ausscheidung elektropositiver Ionen an d. äusseren Anodenfläche protoplasmat. Gebilde als Ursache d. Abweichungen vom Pflüger'schen Erregungsgesetz. Arch. f. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 518. 1897.

Loeb, Jacques, Zur Theorie d. Galvanotropismus. Ueber die polare Erregung der Hautdrüsen vom Amblystoma durch d. constanten Strom. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 308.

Loeb, Jacques, u. Walter E. Gerry, Zur Theorie d. Galvanotropismus. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 41.

Lominsky, F., Une nouvelle masse de carmine pour injection et coloration, préparée à l'aide de la formaline. Arch. russes de Pathol. etc. II. 3. p. 420.

London, E. S., Note sur la question du changement de la quantité générale et de l'alcalinité du sang dans le jeûne absolu. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 253.

Lubarsch, O., Ueber d. im männl. Geschlechtsapparat vorkommenden Krystallbildungen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Maggi, L., Centres d'ossification et principales variétés morphologiques des interpariétaux chez l'homme. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 301.

Magnanimi, Roberto, Le modificazioni del ricambio azotato dopo l'innesto della vena porta colla vena cava inferiore. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 1. — Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 66.

Manelli, Sur quelques faits d'inhibition réflexe observés sur les nerfs périphériques. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 124.

Marcet, W., Etude des différentes formes de la respiration de l'homme. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. p. 601. Nov.

Martin, Zur Topographie d. Keimdrüse. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 498.

Masini, G., et O. Polimanti, Rapports entre les lésions portées sur l'organe de l'ouïe et l'échange respiratoire. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 111.

Mauclaire, Anomalies du nerf médian. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 623. Juillet—Août.

Max, Emanuel, Beitrag zur Casuistik d. Ohrmuscheldefekte. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 46.

Meslay, René, et Victor Veau, Double uretère prostatique; abbouchement borgne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 674. Juillet—Oct.

Michaelis, L., Die Befruchtung d. Tritoneneies. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 523.

Mingazzini, Giovanni, Patholog.-anatom. Untersuchungen über d. Verlauf einiger Nervenbahnen d. Centralnervensystems d. Menschen. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XX. 3. p. 413.

Missbildungen u. Bildungsanomalien. II. *Anton, Blacker, Bradley, Brandt, Brayn, Bristow, Delitzin, Deroyer, Dorland, Girou, Grant, Hammer, Jacob, Krokiewicz, Max, Meslay, v. Monakow, Morgan, Ramsay, Riedinger, Schäffer, Schwalbe, Smith, Steudel, Studley, Tempel, Tennberg, Török, Young.* III. *Bergkammer, Monod, Stoerk, Wolff.* IV. 4. *Boije, Gallois, Kalindero, Maclennan, Rheiner.* V. 2. a. *Tilanus*; 2. d. *Hofmokl*; 2. e. *Barwell, Berg, Dowd, Forgue, Gilles, Kirmisson, Péan, Phocas, Roll.* VI. *Czempin, Döderlein, Ramage.* VII. *Joachimsthal.* XII. *Hutchinson.*

von Monakow, Ueber Cyklopie mit Verdoppelung d. Rückenmarks, mit herniöser Einstülpung d. Cervikal- u. Dorsalmarkes in die Schädelhöhle u. mit Diastase der beiden Oblongata u. Kleinhirnhälften. Wien. med. Wochenschr. XLVI. 51.

Morestin, H., Adducteur du petit doigt présentant un chef anti-brachial. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 626. Juillet—Août.

Morestin, H., Insertion antibrachiale du muscle fléchisseur du petit doigt. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 672. Juillet—Oct.

Morestin, H., Le nerf musculo-cutané et l'innervation des téguments de la main. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 786. Nov.

Morgan, George, Skiagrams of a case of polydactylisme. Lancet Dec. 5.

Morgenstern, Michael, Ueber d. Innervation d. Zahnbeins. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 378.

Mühlmann, M., Zur Histologie der Nebenniere. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 365.

Müller, Erdmann, Zur Frage d. Ermüdbarkeit d. Gesichtsfeldes b. Gesunden. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 225.

Müller, Erik, Drüsenstudien. I. Die serösen Speicheldrüsen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 305.

Müller, Johannes, Ueber d. Einfl. d. Radfahrens auf d. Nieren. Ein Beitrag zur Kenntniss d. physiol. Albuminurie. Münchn. med. Wchnschr XLIII. 48.

Muggia, Alberto, La capacità e la posizione del ventricolo nei bambini. Policlinico III. 20. p. 476.

Nagel, Wilibald A., Ueber compensator. Raddrehungen d. Augen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XII. 5 u. 6. p. 331.

Nagel, W., Die Entwicklung d. Urogenitalsystems beim Menschen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 347.

Nencki, M., u. J. F. Pawlow, Zur Frage über d. Ort d. Harnstoffbildung b. d. Säugethieren. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 215. 1897.

Niesnamoff, E., Ueber d. quantitativen Verhältnisse d. Filtration u. Sekretion d. Kammerwassers. Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 1.

Noetzel, W., Ueber physiolog. Gewebsschwund. Fortschr. d. Med. XIV. 22. p. 849.

Orsi, P., Die Nekropole von Novilara b. Pessaro u. ihre Stellung in d. Vorgeschichte Italiens. Centr.-Bl. f. Anthropol. I. p. 97.

Ouchakoff, M. V. G., Le nerf vague comme nerf sécréteur de l'estomac. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 429.

Pal, J., Ueber d. Innervation d. Colon descendens u. d. Rectum. Wien. klin. Wchnschr. X. 2. 1897.

Paton, Noël, On the action of the liver on fats. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 63.

Plaats, J. D. van der, Berekeningen over de metingen aan den boofden van gewone menschen, misdadigers en krankzinnigen. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 305.

Plato, Julius, Die interstitiellen Zellen d. Hodens u. ihre physiolog. Bedeutung. Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 280.

Pollack, Bernhard, Einige Bemerkungen über d. Neuroglia u. Neurogliafärbung. Arch. f. mikrosk. Anat. XLIII. 2. p. 274.

Poncet, Des circulations artérielles et véneuses du rein, étudiées au moyen des rayons de *Roentgen* et du stéréoscope. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 51. p. 899. Déc. 29.

Protopopow, S. A., Beiträge zur Anatomie u. Physiologie d. Ureteren. Arch. f. Physiol. LXVI. 1 u. 2. p. 1. 1897.

Rabl, Hans, Ueber eine elektive Färbung d. Blutplättchen in Trockenpräparaten. Wien. klin. Wchnschr. IX. 46.

Rabl, Hans, Untersuchungen über d. menschl. Oberhaut u. ihre Anhangsgebilde mit besond. Rücksicht auf d. Verhornung. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 430.

Rabl, C., Ueber d. Entwicklung d. Urogenitalsystems d. Selachier. Morphol. Jahrb. XXIV. 4. p. 632.

Ramón y Cajal, S., Nouvelles contributions à l'étude histologique de la rétine et à la question des anastomoses des prolongements protoplasmatiques. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 5. p. 481. Sept.—Oct.

Ramón y Cajal, S., Ueber d. Beziehungen d. Nervenzellen zu d. Neurogliazellen anlässlich d. Auffindens einer besonderen Zellform d. Kleinhirns. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. p. 62.

Ramsay, Otto, A complete duplication of the left ureter from the kidney to the bladder. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68. 69. p. 201. Nov.—Dec.

Rausch, Heinr., Tinktorielle Verschiedenheiten o. Relief d. Hornzellen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 2. p. 65. 1897.

Regnault, Félix, Forme excasée de la fosse temporale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 717. Oct.

Regnault, Félix, Apophyse coronoïde du maxillaire inférieur (morphologie). Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 798. Nov.

Regnault, Félix, Surface d'insertion osseuse des muscles (morphologie). Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 800. Nov.

Reiner, Max, u. Julius Schnitzler, Beitrag zur Kenntniss d. Blutcirkulation im Gehirn. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 249. 1897.

Reinhold, Gottfried, Beitrag zur Kenntniss d. Lage d. vasomotor. Centrume in d. Medulla oblongata d. Menschen. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. X. 1 u. 2. p. 67.

Réthi, L., Experiment. Untersuchungen über den Schwingungstypus u. d. Mechanismus d. Stimmbänder b. d. Falsettstimme. Wien. klin. Rundschau XI. 5. 1897.

Riedinger, J., Ein Fall von Spalthand. Photogr. Mon.-Schr. III. p. 327.

Rollett, Alexander, Summary of a paper entitled „on the variation in the character of the contractions of striated muscle with periodic stimulation of some duration, and on recovery of the muscle". Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 306. Jan. 1897.

Rosemann, Rudolf, Ueber d. Verlauf d. Stickstoffausscheidung b. Menschen. Arch. f. Physiol. LXIV. 7 u. 8. p. 343.

Rosenbach, O., Bemerkungen zur Dynamik d. Nervensystems. (Die oxygene Energie.) [Berl. Klinik Heft 101.] Berlin. Fischer's med. Buchhandl. 8. 42 S. 1 Mk. 20 Pf.

Rosenberg, S., Ueber d. Einfluss d. Pankreas auf d. Ausnutzung d. Nahrung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 585.

Rothmann, Max, Ueber d. Rumpfmuskelcentrum in d. Fühlsphäre d. Grosshirnrinde. Neurol. Centr.-Bl. XV. 24.

Ruge, Georg, Anleitungen zu d. Präparirübungen an d. menschl. Leiche. 2. Aufl. Leipzig. Wilhelm Engelmann. 8. XII u. 313 S. mit 51 Figg. in Holzschn.

Sacerdotti, C., Sur la régénération de l'épithélium mucipare du tube gastro-entérique des amphibies. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 292. — Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 2. p. 359.

Samways, D. W., The influence on the action of the auricle of variations in its capacity. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Sasse, J., Over Terschellinger schedels. Nederl. Weekbl. II. 18.

Scanzoni, Friedr. v., Ueber d. Resorption d. Traubenzuckers im Dünndarm u. deren Beeinflussung durch Arzneimittel. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 462.

Schäffer, Emil, Zur Lehre von d. menschl. Missbildungen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 15. 1897.

Schaffer, Josef, Mikrotechnisches. — Histologisches. — Geschichte d. Mikroskops. Wien. klin. Wochenschr. IX. 45.

Schaffer, J., Bemerkungen über d. Epithelverhältnisse im menschl. Nebenhoden. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 9. p. 317.

Schatz, Friedrich, Die Gefässverbindungen d. Placentakreisläufe eineiiger Zwillinge, ihre Entwicklung u. ihre Folgen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 144. 1897.

Schein, M., Ueber d. Ursachen d. Entwickelung d. Bartes. Ungar. med. Presse II. 2. 3. 1897.

Schenck, Fr., Nochmals über *Kaiser's* Theorie d. Muskelzuckung. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 316.

Schenck, Fr., Muskelarbeit u. Glykogenverbrauch. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 326.

Schenk, Friedrich, Die erste Anlage d. Unterkiefers u. d. Zahnalveolen. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 368.

Scherer, Die Respiration d. Neugebornen u. Säuglings. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 471.

Schoenlein, K., Beobachtungen u. Untersuchungen über d. Schlag von Torpedo. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 408.

Schultz, P., Zur Physiologie d. längsgestreiften Muskeln. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 543.

Schultze, O., Ueber Embryonalhüllen u. d. Placenta d. Säuger u. d. Menschen. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 3.

Schulz, Fr. N., Ueber d. Fettgehalt d. Blutes b. Hunger. Arch. f. Physiol. LXV. 5 u. 6. p. 299.

Schwalbe, Ernst, Mittheilung über 2 Fälle von congenitaler Nierenverlagerung. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 414.

Sebileau, Pierre, Les bourses, le crémaster, la vaginale, la descente du testicule. Gaz. de Par. 48—52.

Seegen, J., Zur Frage über d. Umfang d. zuckerbildenden Funktion in d. Leber. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 17.

Seegen, J., Muskelarbeit u. Glykogenverbrauch. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 383. 511.

Sergi, G., Der Ursprung u. d. Verbreitung d. mittelländ. Stammes. Centr.-Bl. f. Anthropol. I. p. 5.

Sherrington, C. S., Influence of simultaneous contrast of „flicker" of visual sensation. Journ. of Physiol. XX. 6. p. XVIII.

Sihler, Chr., The sensory end-organs of voluntary muscle. Clevel. med. Gaz. XI. 11. p. 595. Nov.

Simon, Ch., Recherches sur la cellule des ganglions sympathiques des hirudinées. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 9. p. 305.

Smith, C. W., Duality of the brain. Cleveland med. Gaz. XIII. 1. p. 27. Nov.

Smith, E. B., Vivisection a necessity. Clevel. med. Gaz. XII. 2. p. 72. Dec.

Smith, J. H., Absence of left kidney. New York med. Record L. 20. p. 718. Nov.

Sobotta, J., Ueber d. Befruchtung d. Wirbelthiereies. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 2. 3.

Spalteholz, Werner, Handatlas d. Anatomie d. Menschen. II. 1. Leipzig. S. Hirzel. 4°. S. 237—364 mit Abbild. 281—409. 7 Mk.

Speck, C., Ueber d. Regulation d. Athomthätigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 465.

Stadelmann, E., Ueber d. Kreislauf d. Galle im Organismus. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Staderini, R., Ubicazione e rapporti di alcuni nuclei di sostanza grigia della midolla allungata. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 9. 10. p. 326. 337.

Stefani, A., Action de la pression artérielle sur les vaisseaux et sur le coeur. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 173.

Steudel, Ein Fall von Atresia ani scrotalis. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Strassmann, P., Experimentelles zur Physiologie d. weibl. Sexualorgane. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 463.

Studley, F. C., Congenital transposition of the viscera. New York med. Record L. 18. p. 643. Oct.

Szabó, Josef, Die Milchdrüse im Ruhezustande u. während ihrer Thätigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 5 u. 6. p. 352.

Szymonowicz, Ladislaus, Ueber d. Bau u. d. Entwicklung d. Nervenendigungen im Entenschnabel. Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 329.

Tauszk, Franz, Untersuchungen über d. Schwankungen des Körpergewichts. Ungar. med. Presse I. 10. 12.

Tempel, M., Kryptorchismus bilateralis b. Rinde. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XXII. 6. p. 419. 1897.

Tennberg, C. A. C., Bidrag till kännedomen om

kongenitala missbildningar af qvienans könsorgan. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 10. s. 805.

Terray, Paul von, Ueber d. Einfl. d. Sauerstoffgehaltes d. Luft auf d. Stoffwechsel. Arch. f. Physiol. LXIV. 7 u. 8. p. 383.

Thome, Arterial elasticity. Lancet Nov. 7.

Thompson, W. H., Contribution to the physiological effects of peptone when injected in to the circulation. Journ. of Physiol. XX. 6. p. 455.

Thomson, H. Campbell, Radiography and the heart. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1417.

Timmermans, Adrien, Contribution à la physiologie du langage. Arch. des Sc. méd. I. 6. p. 543. Nov.

Török, A. von, Ueber d. Persistenz d. embryonalen Augennasenfurche u. über einen knöchernen Bogen am Eingange d. rechten Augenhöhle, sowie über anderweitige Abnormitäten b. einem männl. Schädel. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 10. p. 358.

Török, A. von, Ueber einige charakteristische Unterschiede zwischen Menschen- u. Thierschädel. Centr.-Bl. f. Anthropol. I. p. 193.

Tredgold, A. F., Variations of ribs in the primates, with especial reference to the number of sternal ribs in man. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 288. Jan. 1897.

Ueberhorst, K., Eine neue Theorie d. Gesichtswahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 1 u. 2. p. 54.

Ulesko-Stroganowa, K., Zur Frage von d. Entstehung d. Zwischenzotteerasmes. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 12. 1897.

Unna, P. G., Ueber d. Wesen d. normalen u. patholog. Verhornung. Monatsh. f. prakt. Derm. XXIV. 1. p. 1. 1897.

Valenta von Marchthurn, Alois, Ein Fall von kolossaler orhl. Fruchtbarkeit. Wien. med. Wochenschr. XLVIII. 3. 1897.

Vannod, Théodore, La fatigue intellectuelle et son influence sur la sensibilité cutanée. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 12. p. 712. Déc.

Vassale, G., et F. Generali, Sur les effets de l'extirpation des glandes parathyréoïdiennes. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 61.

Vorsoe, Enrico, La borsa copulatrice nei lepidotteri. Attie mem. dell R. Accad. in Padova XII. 4. p. 369.

Verworn, Max, Die polare Erregung der lebendigen Substanz durch d. constanten Strom. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 47.

Verworn, Max, Tonische Reflexe. Arch. f. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 63.

Verworn, M., Erregung u. Lähmung. Prag. med. Wchnschr. XXI. 45. 46. 47.

Vincent, Swale, and H. Spencer Harrison, The haemolymph glands by some vertebrates. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 176. Jan. 1896.

Voit, Erwin, Eiweiss d. Körperfettes auf d. Eiweisszerfall im Hungerzustande. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 46.

Vold, J. Mourly, Einige Experimente über Gesichtsbilder im Traume. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 1 u. 2. p. 66.

Waldeyer, W., Ein neues Verfahren d. Conservirung topograph.-anatom. Präparate. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 46.

Waller, Augustus D., On the influence of reagents on the electrical excitability of isolated nerve. Brain XIX. p. 277.

Waller, A. D., Influence of temperature on electrotonic currents. Journ. of Physiol. XX. 6. p. XI.

Weiss, Otto, Ueber d. Wirkungen von Blutseruminjektionen in d. Blut. Arch. f. Physiol. LV. 3 u. 4. p. 215.

Weedling, Ludwig, Ein Beitrag zur Casuistik d. Teratologie. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 49.

Wilder, Burt G., Report of the Committee of neuronymy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 793. Dec.

Wintereitz, Hugo, Untersuchungen über das Blut neugeb. Thiere. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 478.

Wolff, Gustav, Ueber Regeneration d. exstirpirten Linse b. Tritoe. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4.

Young, Alfred H., Abnormalities of the middle sacral artery, and their morphological significance. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 169. Jan. 1897.

Zanier, G., Sulla tensione osmotica del liquido cerebro-spinale. Gazz. degli Osped. XVII. 143.

Ziegelroth, a) Das specif. Gewicht d. menschl. Körpers u. Blutes; zugleich ein Beitrag zur Krasenlehre. — b) Das specif. Gewicht des Blutes nach starkem Schwitzen. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 453. 462.

Zuntz, N., Zur Frage über d. Umfang d. zuckerbildenden Funktion d. Leber. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 19.

Zuntz, Ueber d. Einfluss d. Zuckergenusses auf d. Leistungsfähigkeit d. Muskulatur. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 537.

Zuntz, Ueber d. Rolle d. Zuckers im thier. Stoffwechsel. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 538.

Zuntz, N., u. Schumburg, Physiolog. Untersuchungen mit *Röntgen*-Strahlen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 550.

S. a. I. *Physiolog. Chemie.* III. Billinger. IV. 4. Lewy; 5. Dippe, Hoorweg; 8. Bruns, Cox, Eskridge, Goldstein, Krause, Siebenmann. V. 2. a. Kocher; 2. c. Heinsheimer. VI. Barbour, Fraenqué. IX. Schaefer. X. Krienes. XI. Morkel. XIII. 2. *Physiolog. Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 1. Kündig, Ludwig. XV. Kuthy. XX. Pavlow, Schwalbe.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Abel, Rudolf, Zur Färbung d. Coccidium oviforme. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 25.

Adami, J. G., Inflammation [Repr. from *Allbutt's* new System of medicine]. New York. Macmillan Comp. 8. S. 54—139.

Ajello, Abele, Sulle alterazioni organiche dipendenti della narcosi cloroformica. [Clin. chir. 8.] Milano. Franc. Vallardi. 8. 68 pp.

Aievoli, Eriberto, Ricerche sui blastomiceti nei neoplasmi. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 20 u. 21.

Atlas der patholog. Histologie des Nervensystems, red. von *Victor Babes.* VII. Lief. Feine histolog. Veränderungen d. Rückenmarks. Chron. infektiöse Entartungen d. Rückenmarkshäute u. d. weissen Substanz. Patholog. Histologie d. grauen Substanz u. d. Centralkanals mit Ausschluss d. wahren Geschwulstbildungen. Berlin. A. Hirschwald. 4. 31 S. u. 9 lith. Tafeln.

Babes, V., u. G. Proca, Untersuchungen über d. Wirkung d. Tuberkelbacillen u. über gegenwirkende Substanzen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 331.

Bock, M., u. Paul Schultz, Ueber d. Einwirkung sogen. monochromat. Lichtes auf d. Bakterienentwicklung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 490.

Béclère, Chambon et Ménard, Etude expérimentale des accidents post-sérothérapeutiques. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 10. p. 567. Oct.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allgem. Pathologie. Red. von *E. Ziegler.* XX. 3. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 413—560 mit 8 lithogr. Taf. u. 1 Fig. im Text.

Beneke, Zur Technik d. Oberkiefer- u. Nasenhöhlen-Sektion. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 20 u. 21.

Bergkammer, Fr., Ueber einen Fall von Teratom, rudimentärem Parasiten (Engastricus) oder Inclusio foetalis abdominalis bei einem 11mon. Knaben. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Bernheim, J., 2 Fälle von Streptokokkenseptikämie mit Ausgang in Heilung. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 208.

Bernheim, J., Ueber d. Rolle d. Streptokokken b. d. experim. Mischinfektion mit Diphtheriebacillen. Arch. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 138. 1897.

Bernheim, J., u. C. Folger, Ueber verzweigte Diphtheriebacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 25.

Biernacki, E., Beiträge zur Pneumatologie des patholog. Menschenblutes, zur Blutgerinnungsfrage u. zur Lehre von d. Blutalkalescenz in krankhaften Zuständen. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 279.

Bignami, Amico, Hypotheses as to the life-history of the malarial parasite outside the human body. Lancet Nov. 14. 21.

Bignami, Giovanni, L'autointossicazione secondaria. Gazz. degli Osped. XVIII. 1. 1897.

Billinger, Otto, Winterschlaf u. Infektion. Wien. klin. Rundschau X. 45.

Binaghi, Roberto, Ueber das Vorkommen von Blastomyceten in d. Epitheliomen u. ihre parasitäre Bedeutung. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 283.

Blachstein, Arthur, Weitere Mittheilungen zur Wirkung d. Chrysoidins auf Choleravibrionen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Blumenthal, Ferdinand, Ueber d. Verhältniss d. Ausscheidung d. Alloxurkörperstickstoffs zum Gesammtstickstoff b. Carcinom. Charité-Ann. XXI. p. 144.

Bokorny, Th., Ernährbarkeit d. Spaltpilze durch verschied. Kohlenstoffverbindungen. Arch. f. Physiol. LXIII. 1 u. 2. p. 114. 1897.

Bollinger, O., Atlas u. Grundriss der patholog. Anatomie [nach Originalien von *A. Schmitson*]. II. Bd.: Harnapparat, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Knochen. [*Lehmann's* med. Handatlanten XII.] München 1897. J. F. Lehmann. 8. VIII u. 148 S. mit 63 farb. Abbild. auf 52 Tafeln u. 17 Textabbild. 12 Mk.

Booker, William D., A bacteriological and anatomical study of the summer diarrhoeas of infants. Baltimore. Johns Hopkins Press. 8. Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 159—258 with 4 plates.

Bornemann, B., Ueber d. Antistreptokokkenserum (*Marmorek*). Wien. klin. Wchnschr. IX. 51.

Borst, Max, Ueber eine seltene Form von Lipom der Bauchhöhle. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 3. 4.

Boullanger, Contribution à l'étude de quelques levures. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 10. p. 598. Oct.

Bratson, G. T., On the value of cachexia in the diagnosis of malignant disease. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 45. Jan. 1897.

Brieger, L., u. Boer, Ueber d. Toxine der Diphtherie u. d. Tetanus. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Brunner, Conrad, Zur Kenntniss d. Tetanusgiftes, mit Erwiderung von *Ferd. Blumenthal*. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 373.

Bruns, P., Ueber d. Herstellung von Trocken- oder Mumien-Präparaten. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 207.

Buchner, H., Ueber d. physiolog. Bedingungen d. Sporenbildung b. Milzbrandbacillus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Bunge, R., u. A. Trantenroth, Smegma- u. Tuberkelbacillen. Fortschr. d. Med. XIV. 23. 24. p. 889. 929.

Busseuius u. Siegel, Der gemeinsame Krankheitserreger d. Mundseuche d. Menschen u. d. Maul- u. Klauenseuche der Thiere. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Calmette, A., et A. Deléarge, Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums antitoxiques. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 12. p. 675. Déc.

Cantani jun., Arnold, Ueber d. Alkalescenz d. Blutes b. aktiv immunisirten Thieren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Cantani jun., A., Wirkung d. Influenzabacillen auf d. Centralnervensystem. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 265.

Capaldi, Achille, Zur Verwendung d. Eidotters als Nährbodensubstanz. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Capaldi, Achille, u. B. Proskauer, Beiträge zur Kenntniss d. Säurebildung b. Typhusbacillen u. Bacterium coli. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 452.

Carbone, T., Sur l'origine de la graisse dans les processus dégénératifs. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 279.

Casagrandi, O., Sui terreni culturali per la ricerca dei saccaromyceti. Rif. med. XIII. 14. 1897.

Casagrandi, O., e C. Barbagallo, Sui terreni di cultura delle amebe. Rif. med. XII. 265.

Ceni, C., Sur les fines altérations histologiques de la moelle épinière dans les dégénérescences secondaires ascendantes et descendantes. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 97.

Centanni, Eugenio, La depurazione dei vaccini a scopo curativo. Policlin. III. 24. p. 555.

Cesaris-Demel, A., Contribution à l'étude du marasme expérimental. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 83.

Cheatle, G. Lenthal, Cases of streptococcus infection. Lancet Jan. 2. 1897.

Chvostek, F., Ueber d. Verwerthbarkeit postmortaler bakteriolog. Befunde. Wien. klin. Wchnschr. IX. 49.

Chvostek, F., u. Gustav Egger, Ueber d. Invasion von Mikroorganismen in d. Blutbahn während d. Agone. Wien. klin. Wchnschr. X. 3. 1897.

Cobbett, Louis, and G. C. Phillips, The pseudo-diphtheria bacillus. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 193. Dec.

Colla, V., Le mode de se comporter du glycogène hépatique et du glycogène musculaire dans quelques infections expérimentales. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 120.

Cornil et Toupet, Des hématomes en général et des hématomes musculaires en particulier. Arch. des Sc. méd. I. 6. p. 489. Nov.

Coulon, William de, Ueber Thyreoidea u. Hypophysis d. Cretinen, sowie über Thyreoidealreste b. Struma nodosa. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 53. 1897.

Craig, Charles F., Recent advances in our knowledge concerning the malarial organisms. New York med. Record L. 19. p. 664. Nov.

Cramer, A., Pathologisch-anatom. Befund in einem akuten Falle d. Paranoiagruppe. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 1.

Cramer, E., Die Aschebestandtheile der Cholerabacillen. Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 1.

Crocq, J., Du nosoparasitisme. Presse méd. Belge XLVIII. 41.

Croly, O. de, Sur la disparition de la toxine diphthérique injectée dans le sang. Archives de Pharmacodyn. III. 1 et 2. p. 61.

Crookshank, Edgar M., Morphology of tetanus and tubercle bacilli. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 175. 1897.

Delhanoo, Ernst, Ueber d. Pseudotuberkulose d. Nagethiere. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 3. p. 477.

De Martini, Luigi, Sul comportamento del siero anti-difterico filtrato a traverso le candele Chamberland. Rif. med. XII. 266. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Denig, Rudolf, Ist d. Weissfärbung d. Netzhaut

in Folge stumpfer Gewalt in d. That als ein akutes Oedem in Folge Blutorguss zwischen Aderhaut u. Lederhaut im Sinne *Berlin's* aufzufassen? Experim. Studie. Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 52.

Donig, R., Experimentelle Beobachtungen über ein bisher unbekanntes Verhalten von Fremdkörpern in der vorderen Kammer. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 5.

Deucher, P., Ueber Ausnutzung d. Protogens im kranken Organismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 48.

Dominici, Tumeur de l'ampoule de Vater. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 708. Oct.

Dominici, Henri, Septicémie expérimentale à globules rouges nucléés. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 714. Oct.

Drobny, B., Recherches sur le sang dans quelques maladies aiguës et chroniques. Arch. russes de Pathol. etc. II. 3. 4. p. 313. 612.

Ducceschi, V., Les processus d'oxydation, de réduction et de synthèse chez les animaux thyréoïdectomisés. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 209.

Dzierzgowski, S., Ueber d. Gehalt an Antitoxin in d. Körperflüssigkeiten u. d. einzelnen Organen der gegen Diphtherie immunisirten Pferde. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 186. 1897.

Ehrlich, P., Zur Kenntniss d. Antitoxinwirkung. Fortschr. d. Med. XV. 2. p. 41. 1897.

Elschnig, A., Anatom. Untersuchung zweier Fälle von akutem Glaukom. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 183.

Eyre, John J., The author of the embryonic theory of tumours. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Feindel, Développement d'un sarcome chez un sujet atteint de neurofibromatose généralisée. Arch. gén. p. 102. Janv. 1897.

Fermi, Claudio, Studio biologico sui blastomiceti. Policlinico III. 23. p. 572.

Ferranini, Andrea, Contributo sperimentale allo studio dalla microhiemie. Rif. med. XII. 252. 253.

Fisher, Walter, The parasite of malaria. Lancet Jan. 16. p. 208. 1897.

Fleming, R. A., The effect of ascending degeneration on the nerve cells of the ganglia etc. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 174. Febr. 1897.

v. Franqué, Ueber eine von d. Chorionzotten ausgehende bösart. Geschwulst. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzh. 4. 5.

Fricke, Carl, Ueber d. sogen. Bacillus mucosus capsulatus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 380.

Fröhlich, Richard, Anatom. Untersuchung einer Vaccineerkrankung d. Lides. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 131.

Gatti, Gerolamo, Ueber die feineren histolog. Vorgänge b. d. Rückbildung d. Bauchfelltuberkulose nach einfachem Bauchschnitt. Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 709.

Genersich, Anton von, 2 interessante patholanatom. Befunde: Aneurysma aortae ascend. — Gummata in d. Körpermuskeln u. in d. Brustdrüse. Ungar. med. Presse II. 5. 1897.

Gockel, M., Ueber d. traumat. Entstehung d. Carcinoms mit besond. Berücksicht. d. Intestinaltractus. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 460.

Goodhart, James F., On the fringes of disease. Lancet Nov. 21.

Grawitz, Paul, Die naturwissenschaftl. Grundlage d. modernen Entzündungstheorie. Wien. med. Wochenschr. XLVII. 4. 1897.

Grethe, G., Ueber d. Keimung d. Bakteriensporen. Fortschr. d. Med. XV. 2. p. 43. 1897.

Grimbert, L., Recherches sur le pneumobacille de *Friedländer*. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 12. p. 768. Déc.

Grünbaum, Albert S., Note on the smegma bacillus, its diagnostic importance and its cultivation. Lancet Jan. 9. 1897.

Günther, Carl, Bakteriolog. Untersuchungen in einem Falle von Fleischvergiftung. Arch. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 146. 1897.

Guizzetti, Pietro, Ricerche batteriologiche ed istologiche nel noma. Policlinico III. 20. p. 495.

Guizzetti, Pietro, Ricerche sulla morfologia e biologia di un nuovo bacillo patogeno (bac. necrosans septicus) della famiglia del b. coli e del b. typhi. Policlinico III. 21. 23. p. 493. 545.

Haack, E., Ein Beitrag zur experimentellen Albumosurie. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 175. 1897.

Haasler, F., Die Histogenese d. Kiefergeschwülste. Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 749.

Halban, Josef, Beitrag zur Pathogenität d. *Friedländer*'schen Bacillus pneumoniae. Wien. klin. Wchnschr. IX. 44.

Hanau, A., Ueber einen bequemen Behälter für einzelne Mäuse oder Ratten. Fortschr. d. Med. XV. 2. p. 51. 1897.

Hanseo, Arthur, Ueber *v. Kahlden's* multiple wahre Neurome des Rückenmarks. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 180.

Harbitz, Francis, Om Endotheliomer og dermed beslägtede Svulstarter. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 12. S. 1189.

Hehir, Patrick, The haematozoon of malaria and its discovery in water and soil. Lancet Nov. 28, Dec. 5.

Heiman, Henry, A further study on the biology of the gonococcus (*Neisser*). New York med. Record L. 25. p. 887. Dec.

Heinricius, G., Fall af stor dermoid cysta med uthredda samman-växningar med bukhålans organ. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 10. s. 838.

Holler, Julius, Ueber experiment. Blennorrhöe im Auge neugeb. Kaninchen, sowie Erfahrungen über d. Cultur d. Gonococcus. Charité-Ann. XXI. p. 874.

Herhort, H., *Eichhorst's* corpuscles. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 79. 1897.

Hering, H. E., Ueber Bewegungsstörungen nach centripetaler Lähmung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 266. 1897.

Herrnheiser, J., Experim. Untersuchungen über d. Veränderungen in d. inneren Augenhäuten nach kleinen Verletzungen. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 101. — Prag. med. Wohnschr. XXI. 52.

Hieroclès, Conet. X., Studien zur Frage d. Beeinflussung d. Färbbarkeit von Bakterienmaterial durch vorhergehende Einwirkung bakterienschädigender Momente. Arch. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 163. 1897.

Hijmans van den Bergh, A., Ueber d. Verhalten d. Gonococcus zur *Gram*'schen Färbemethode. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Hoorn, W. van, Mikroorganismen h. d. Seborrhöe. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 525.

Horton-Smith, P., On bacillus proteus urinae; a new variety of the proteus group, discovered in the urine of a patient suffering from cystitis. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 210. Dec.

Horton-Smith, P., Note on bacillus excavans. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 216. Dec.

Hugenschmidt, Etude expérimentale des divers procédés de défense de la cavité buccale contre l'invasion des bactéries pathogènes. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 10. p. 545. Oct.

Jaccoud, De l'étiologie dans les maladies microbiennes. Semaine méd. XVI. 58.

Jaffé, Alfons, Ueber d. Veränderungen d. Synovialmembran b. Berührung mit Blut. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 68.

Jancsó, Nicolaus, u. Moritz Rosenberger, Blutuntersuchungen der im J. 1894 vorgekommenen Malariafälle, mit besond. Berücksicht. d. Specificität d.

verschied. Malariaparasiten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 449.

Iljisch, Alexander, Ueber Tag- u. Nacht-Harnabsonderung, Haut- u. Lungen-Ausscheidung b. Oedemen verschied. Ursprungs. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 52.

Immunität s. III. *Calmette, Cantani, Dzierzgowski, Kolle, Kraïouchkine, London, Pfeiffer, Poehl, Ransom, Rowland, Schweinitz, Van de Velde, Wells.* IV. 2. *Inoculations, Iwanow, Passini.* XVIII. *Lorenz.*

Johna, Zur Porkosanfrage. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XXII. 6. p. 415. 1897.

Johnston, Wyatt, and D. D. Mc Taggart, Observations on the serum reaction in typhoid fever and experimental cholera by the dried blood method. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Josué, E., Corps dits amylacés du poumon. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 869. Nov.—Déc.

Jundell, J., u. C. G. Åhman, Ueber d. Reinzüchtung d. Gonococcus Neisser. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 59. 1897.

Katzowsky, A., Des lésions anatomiques dans l'épilepsie. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 724.

Kedzior, Ueber eine thermophile Cladothrix. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 328.

Kelynack, T. N., Malignant papilliferous cystadenoma of the kidney. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 236. Dec.

Koch, R., u. J. Petruschky, Beobachtungen über Erysipelimpfungen am Menschen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 477.

Kolle, W., Experiment. Untersuchungen zur Frage d. Schutzimpfung d. Menschen gegen Cholera asiatica. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 1897.

Kraïouchkine, V., Les vaccinations antirabiques à St. Pétersbourg. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 477.

Krebs s. III. *Blumenthal, Gockel, Le Dentu, Lenoble, Lubarsch, Roll, Roncali, Yamagiwa.* IV. 5. *Baillet, Bertherand, Brosch, Cardarelli, Gravitz, Griffon, Hanot, Hennecart, Hérard, Israel, Newman, Reineboth, Robin, Ruge, White, Williams;* 8. *Ingals;* 9. *Brunner, Despeignes, Hasse, Lewis, Mehrer.* V. 1. *Ritchie;* 2. a. *Binder, Frank, Goris, Lindström, Mermet, Negretto, Tillaux;* 2. c. *Alsberg, Beatson, Blach, Cabot, Castaigne, Clarke, Crawford, Funke, Fuzinami, Heidenhain, Kummer, Lapointe, Lindström, Quénu, Rostowzew, Schönwerth, Sheild, Shober, Snow, Warren:* 2. d. *Anderson.* VI. *Bäcker, Eckardt, Inglis, Johnson, Lannois, Larillauroy, Morelle, Niebergall, Stone, Thorén, Yamagiwa.* VII. *Cock, Durante.* X. *Grosz.* XIV. 4. *Samson.*

Krehl, L., u. M. Matthes, Wie entsteht die Temperatursteigerung d. fiebernden Organismus? Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 284. 1897.

Kuthy, D., Action de l'air raréfié sur la virulence du diplocoque de la pulmonite. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 11.

Leathes, J. B., and E. H. Starling, Some experiments on the production of pleural effusion. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 175. Dec.

Le Dentu, A., Des rapports de la leukokératose avec l'épithélioma. Revue de Chir. XVI. 12. p. 921.

Lembke, W., Bacterium coli anindolicum u. Bacterium coli aërogenes. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 384.

Lembke, W., Berichtigung zu meiner Arbeit „Beitrag zur Bakterienflora d. Darms" in Bd. XXVI. d. Arch. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 392.

Lenhartz, Bemerkungen zu d. Diskussion über d. intracellularen Diplococcus im Ver. f. innere Med., nebst Erwiderung von *O. Heubner.* Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Lenoble, Emile, Etude sur 2 cas de tumeurs malignes secondaires du poumon et du coeur, généralisées aux grands appareils. Revue de Méd. XVI. 12. p. 979.

Letulle, Maurice, Anatomie pathologique. Coeur. Vaisseaux. Poumons. Paris. Carré et Naud. 4⁰. XIII et 434 pp. avec 102 figg., dont 31 en couleurs.

Loewy, A., Ueber Veränderungen d. Blutes durch thermische Einflüsse. Bl. f. klin. Hydrother. VI. 11.

Lommel, E., Beiträge zur Kenntniss d. patholog.-anatom. Befunde im Mittelohr u. in d. Keilbeinhöhlen b. d. genuinen Diphtherie. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 301.

London, Influence de certains agents sur les propriétés bactéricides du sang. Gaz. des Hôp. 126.

Lowson, James A., The bacteriology of plague. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 237. 1897.

Lubarsch, O., Ueber Rückenmarksveränderungen b. Carcinomatösen. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. p. 389. 1897.

Luzzatto, O., Contribution à l'étude des protéiques du sérum sanguin dans la putréfaction. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 205.

Lyons, Robert E., Ueber d. Einfl. eines wechselnden Traubenzuckergehaltes im Nährmaterial auf d. Zusammensetzung d. Bakterien. Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 30.

Mackay, F. Reid, Short notes on the value of the bacteriological examination of diphtheria. Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 527. Dec.

Macleod, Herbert W. G., The dosage of antitoxin. Lancet Nov. 14. p. 1415.

Maffucci u. Sirleo, Weitere experim. Untersuchungen über einen pathogenen Blastomyceten. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 24.

Manasse, Paul, Ueber syphilit. Granulationsgeschwülste der Nasenschleimhaut, sowie über die Entstehung d. Riesenzellen in denselben. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 23. 1897.

Manson, Patrick, Hypotheses as to the life history of the malarial parasite outside the human body. Lancet Dec. 12. p. 1715.

Marek, J., Fettgewebsnekrose d. Pankreas. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XXII. 6. p. 468. 1897.

Marfan, A. B., Pneumococcie congénitale. Revue d'Obstétr. IX. p. 286. Sept.—Oct.

Marschall, Ueber die Zusammensetzung des Schimmelpilz-Mycels. Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 16.

Marsh, Howard, Studies in diagnosis illustrated by difficult cases. Lancet Jan. 16. 1897.

Marshall, Robert J., The malaria parasit. Lancet Oct. 24. p. 1187.

Marx, E., Krit. Bemerkungen zu d. Arbeiten über d. Aetiologie d. Lyssa von *Memmo* u. *Bruschettini.* Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Mérieux, Ch., u. F. Niemayer, Ueber Antistreptokokkenserum. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49.

Mermat, P., Structure histologique d'un fibromyome utérin téléangiectasique; évolution sarcomateuse; thromboses vasculaires et lésions de dégénérescence. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 889. Nov.—Déc.

Mibelli, V., Die Histologie d. Hydroa vacciniformis von *Bazin.* Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 2. p. 87. 1897.

Mitchell, S. Weir, The birth and death of pain. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 18. Jan. 1897.

Monod, Fernand, et J. Vanverts, Autopsie d'un double pied bot varus équin d'un foetus de 8 mois. Gaz. hebd. XLIII. 84.

Moraczewski, W. von, Ueber den Chlor- u. Phosphatgehalt d. Blutes b. krankhaften Zuständen. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 424.

Muta, Boleslas, Structure histologique de l'hypertrophie de la prostate. Gaz. hebd. XLIX. 7. 1897.

Murri, Augusto, Vom Nutzen d. Fiebers. Wien. klin. Rundschau XI. 2. 3. 4. 1897.

Neumann, E., Fibrinoide Degeneration u. fibrinöse Exsudation. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 193.

Newton, Herbert W., A case of hyperpyrexia. Lancet Nov. 21. p. 456.

Nicolle et Zia-Bey, Note sur les fonctions pigmentaires du bacille pyocyanique. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 669. Nov.

Nittis, Jacques de, Influence du système nerveux sur les effets obtenus par l'injection des sérums de vaccinés. Gaz. des Hôp. 2. 1897.

Nowack, J., u. S. Ciechanowski, Ueber Krystallbildung in Nährmedien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.

Orlandi, Edmondo, Contributo allo studio anatomo-patologico sperimentale delle infezioni streptococciche. Gazz. degli Osped. XVII. 152.

Orlandi, Edmondo, Su di un caso di pneumatoma intestinale. Gazz. degli Osped. XVIII. 1. 1897.

Page, Herbert, Post mortem artificially contracted Indian heads. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 252. Jan. 1897.

Pantaleoni, Cardile, Contributo sperimentale all'innesto tiroideo. Gazz. degli Osped. XVIII. 7. 1897.

Paul, Theodor, u. Bernhard Krönig, Ueber d. Verhalten d. Bakterien zu chem. Reagentien. Ztschr. f. physik. Chemie XXI. 3. p. 414.

Pavlow, J., Note bibliographique. [Verfahren zur Anlegung einer permanenten Pankreasfistel.] Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 518.

Pavy, F. W., On Phloridzin diabetes. Journ. of Physiol. XX. 6. p. XIX.

Pelagatti, Marius, Ueber d. Trichophytonarten in der Provinz Parma. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 515.

Peters, E. A., Diphtheria and pseudo-diphtheria bacilli. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 181. Dec.

Pfeiffer, L., Die neueren seit 1887 vorgenommenen Versuche zur Reinzüchtung d. Vaccinecontagium. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 306.

Pfeiffer, R., u. W. Kolle, Experimentelle Untersuchungen zur Frage d. Schutzimpfung d. Menschen gegen Typhus abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Pick, Alois, Zur Lehre von d. Autointoxikationen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 1. 1897.

Pick, Ludwig, A rapid method of preparing permanent sections for microscopical diagnosis. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Pilliet, A. H., Sur quelques débris embryonnaires siégeant dans les annexes utérines. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 580. Juillet.

Poehl, Alexander, Die Beurtheilung d. Immunitätszustandes auf Grund der Harnanalyse. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 4. 1897.

Pollitzer, S., Haut- u. Schleimhautinfektion. New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 12. p. 490.

Postoeff, I., Changements dans la composition du sang après la thyréoïdectomie. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 837.

Raczyński, Johann, Ueber d. Einfluss d. Toxine von Streptococcus pyogenes u. Bacterium coli commune auf d. Kreislauf. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 27.

Ransom, W. B., On immunity to disease. Lancet Dec. 19.

Regnault, Félix, Sur un squelette d'acromégalique trouvé au musée de Clamart. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 862. Nov.—Déc.

Regnault, Félix, Morphologie du femur dans le rachitisme, les fractures, l'arthrite sèche et l'ataxie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 876. Nov.—Déc.

Reichel, Oscar, Ein Beitrag zur intestinalen Autointoxikation. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 2. 1897.

Reinert, E., Die Bedeutung d. Blutuntersuchung f. d. Praxis. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 1. 2. 1897.

Reinicke, Ernst Alexander, Zur Frage d. Sarcoma deciduocellulare. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 105. 1897.

Remfry, Leonard, Microscopical sections of uterus showing chorionic villi and doubtfull sarcoma. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 223.

Rem-Picci, G., La secrezione urinaria nella infezione malarica. Ricerche sperimentali. [Bull. della R. Accad. med. di Roma XXII. 7 e 8.] Roma. Tipogr. Fratelli Centenari. 8. 161 pp.

Rindfleisch, Eduard von, Die Elemente der Pathologie. 3. Aufl. Leipzig. Wilh. Engelmann. 8. IX u. 320 S. 7 Mk. 60 Pf.

Robb, Hunter, Microscopical examination of uterine scrapings. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 60. Jan. 1897.

Roll, Bijdrage tot de kennis der z. g. n. verkalkte epitheliomen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indie XXXVI. 4. blz. 270.

Rolleston, H. D., A tumour (haemorrhagic adenochondro-sarcoma) of the anterior mediastinum arising from the thymus gland. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 228. Dec.

Roncali, D. B., Intorno all'esistenza de' fermenti organizzati ne' sarcomi. Memoria IV sopra l'etiologia de' neoplasmi maligni. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 20 u. 21.

Roncali, D. B., Intorno alla cura dei tumori maligni colle iniezioni delle toxine dello streptococco dell'erisipela associate con quelle del bacillo prodigioso e colle iniezioni dei così detti sieri anticancerosi preparati coi metodi di *Richet* ed *Héricourt* e con quelli di *Emmerich* e *Scholl*. Policlinico IV. 1. p. 1. Genn. 1897.

Ross, F. W. Forbes, Serous haemorrhage. Lancet Nov. 14. p. 1419.

Rotmann, Ueber fetthaltige Ergüsse in d. grossen serösen Höhlen. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. p. 416. 1897.

Rowland, Sydney D., A contribution to the study of immunity in Guinea-pigs. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 206. Dec.

Ruffer, M. Armand, The bacteriology of plague. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 175. 1897.

Runeberg, J. W., Om den diagnostiska betydelsen af ägghvitehalten i patologiska trans- och exsudat. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 10. s. 779.

Scarpatetti, J. von, Befund von Compression u. Tuberkel im Rückenmark. Jahrbb. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 310. 1897.

Schanz, Fritz, Die Schnelldiagnose d. *Loeffler*'schen Diphtheriebacillus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 3. 1897.

Schattenfroh, A., Ueber d. Vorhandensein von bakteriociden Stoffen in d. Leukocyten u. deren Extraktion. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

Schemata zum Einschreiben von Befunden bei Untersuchungen am menschl. Körper. Tübingen. H. Laupp. 8. 40 Bl. 60 Pf.

Schierbeck, N. P., Ueber d. Einfluss d. Kohlensäure auf d. Wachsthum u. d. Toxinbildung d. Diphtheriebacillen. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 339.

Schneider, Ludwig, Einfluss von Zersetzungsstoffen auf d. Alexinwirkung. Arch. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 93. 1897.

Schottelius, Max, Ueber das Wachsthum der Diphtheriebacillen in Milch. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 25.

Schupfer, F., Sur les effets qui se produisent dans l'organisme, relativement à l'auto-intoxication d'origine intestinale, lors qu'on met la veine porte en communication avec la veine cave inférieure. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 311.

Schweinitz, E. A. de, The production of immunity to hog-cholera by means of the blood serum of immune animals. Antitoxic serums for hog-cholera and swine-plage. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Scott-Moncrieff, W. D., The utilization of bacteria. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 176. 1897.

Seitz, Johannes, Streptococcus aggregatus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 24.
Sharp, Gordon, Is membranous croup always due to the microbe of diphtheria? Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 518. Dec.
Sharp, Gordon, The action of the products of the organism of diphtheria on the heart muscle of the frog. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 199. Jan. 1897.
Shattock, Samuel G., Calculi of calcium oxalate from a cyst of the pancreas. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 219. Dec.
Sokoloff, A., Experimentelle Beiträge zur Frage über d. Wirkung d. Eierstocksexstirpation auf d. Schwangerschaft. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 48.
Solomin, P., Ueber lokales circumscriptes Amyloid in d. Harnblase. Prag. med. Wchnschr. XXII. 1. 2. 1897.
Spietschka, Th., Untersuchungen über d. Mikrosporon furfur. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 65.
Sternberg, George M., A text-book of bacteriology. London. J. and A. Churchill. Gr. 8. XI and 693 pp. with plates and engravings. 28 Mk.
Stier, Siglindo, Experim. Untersuchungen über d. Verhalten d. quergestreiften Muskeln nach Läsionen d. Nervensystems. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 249.
Stoerk, Oscar, Ueber angeb. blasige Missbildung d. Lunge. Wien. klin. Wchnschr. X. 32. 1897.
Strauh, I., Contribution à l'étude expérimentale de la tuberculose par ingestion. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 689. Nov.
Stricker, S., Von Stufe zu Stufe. (Literar. Notizen zur Entzündungslehre.) Wien. klin. Wchnschr. IX. 48.
Stricker, Die experimentelle Pathologie. Wien. klin. Wchnschr. X. 4. 1897.
Sutton, J. Bland, Om myelomata (myeloid sarcoma). Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 156. Febr. 1897.
Szégely, Aug., Untersuchungen bezügl. d. sogen. bakterientödtenden Wirkung des Blutes. Ungar. med. Presse I. 12.
Szegö, Koloman, Pathol.-anatom. u. bakteriol. Untersuchungen über d. während einer Gastroenteritisendemie beobachteten Fälle. Ungar. med. Presse I. 9.
Tauffer, Emil, Ueber bisher unbekannte chromogene Fäulnissbakterien. Ungar. med. Presse I. 8.
Thomson, W. H., The significance of pain. Med. News LXIX. 25. p. 695. Dec.
Tirelli, V., Comment se comporte le stroma neurokératinique des fibres nerveuses dans le trono périphérique d'un nerf sectionné et dans le cadavre. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 33.
Touton, Ueber Provocation latenter Gonokokken. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 19. 1896. — Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 2. 1897.
Trumpp, J., Diphtherie- oder Pseudodiphtherie-Bacillen im Empyemeiter. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 20 u. 21.
Unna, P. G., Beiträge zur Histopathologie d. Hautkrankheiten. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 649.
Van de Velde, Contribution à l'immunisation du lapin contre le staphylocoque et le streptocoque pyogènes. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 10. p. 580. Oct.
Van Duyse, Technique des autopsies. Belg. méd. III. 48. 49. p. 673. 705.
Vanverts, J., Squirrhe à noyaux disséminés intra-mammaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 882. Nov.—Déc.
Vaughan, C., u. George D. Perkins, Ein in Eiscrême u. Käse gefundener giftproducirender Bacillus. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 308.
Vermel, La technique de la conservation de la bile dans les organes. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 841.
Viquarat, A., Zur Gewinnung von Antituberkulin. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.
Voges, O., Krit. Studien u. experiment. Untersuchungen über d. Bakterien d. hämmorrhag. Septikämie u. d. durch sie bewirkten Krankheitsformen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskraokh. XXIII. 2. p. 149. — Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 25.
Voïnitsch-Sianogensky, A. R., Table d'opération pour les animaux. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 464.
Vorotynsky, B., Sur le début et la marche des dégénérations secondaires dans les différents systèmes de la moelle épinière du chien. Revue neurol. IV. 20. p. 601. Oct.
Waelsch, Ludwig, Ueber d. Mannigfaltigkeit d. Wachsthumsformen (culturelier Pleomorphismus) der pathogenen Schimmelpilze, insbes. d. Pilzes d. Eczema marginatum. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 3.
Walsem, G. C. van, en N. J. Lemei, Een geval van pseudohypertrophia cerebri. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 211.
Wells, Walter A., Leucocytosis and immunity, with a critical analysis of the theory of nuclein-therapy. Med. News LXIX. 16. p. 425. Oct.
Wilde, Max, Ueber d. Bacillus pneumoniae *Friedländer's* u. verwandte Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.
Williams, W. Roger, The embryonic theory of tumours. Brit. med. Journ. Nov. 21. p. 1544.
Winternitz, Rudolf, Versuche über Blutveränderungen nach subcutanen Injektionen von Reizgiften. Prag. med. Wchnschr. XXI. 52.
Wolff, Julius, Die Lehre von d. funktionellen Pathogenese d. Difformitäten. Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 831.
Wood, G. E. Cartwright, The production of potent diphtheria antitoxins. Lancet Oct. 24.
Yamagiwa, K., u. G. Shibayama, 2 Fälle von Cylinderzellenkrebs als Beiträge zur Aetiologie d. Krebses. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 137.
Zenoni, Costanze, Ueber d. Frage d. Homologie d. Streptokokken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 1. 1897.
Ziegler, E., Ueber d. Zweckmässigkeit d. patholog. Lebensvorgänge. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43.
S. a. I. Brault, Knen, Rohin. II. Loloy, Lévi, Mingazzini, Smith, Unna, Vassale. IV. 2. Brault, Buesenius, Dittmar, Mackay, Ziemann; 3. Cornil; 4. Keiserling, Leroux, Savill; 5. Burr, Horrocks, Hovanden, Janowski; 6. Fernet, Macaigne, Nicolayson, Pedanko; 8. Bondurant, Cardarelli, Köstor, Marinesco, Smith, Souques, Thérèse, Turner; 9. Buchanan, Finkelstein, Fresor; 10. Joseph, Ledermann, Nacoiarone, Sabouraud, Schischa, Secchi; 11. D'Aulnay, Finger, Jolly. V. 1. Hartmann, Zajontschowski; 2. b. Boyer; 2. c. Bosc. VI. Amann, Palm, Pilliet, Stone. VII. Cock, Durante, Hepworth, Jones, Karström, Kempf, Lindfors, Marshall, Neumann, Schmorl, Van de Velde. VIII. Joukowsky. IX. Lehr, Neudörffer. X. Axenfeld, Burchardt, Golpke, Herrnheiser, Theohald. XI. Gevaert, Haug, Siebenmann. XIII. 2. Blachstein; 3. Fergusson. XV. Frankland, Wittlin.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

Aufrecht, E., Das Phonendoskop. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 52.
Baruch, Herman B., The phonendoscope. New York med. Record L. 18. p. 624. Oct.
Bull, Storm, Det Litten'ske Diaphragmafänomen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1005.
Congresso di medicina interna in Roma tenuto

dal 21 al 23 ottobre. Rif. med. XII. 248—254. — Gazz. degli Osped. XVII. 129—133.

Egger, F., Untersuchungen über d. Verwendbarkeit d. *Bianchi*'schen Phonendoskopes. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Federn, S., Ueber Blutdruckmessung am Krankenbette. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 51.

Fischer, E., Ueber d. Phonendoskop. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 23.

Gaston, J. Mc Fadden, Improved method of exploring the thoracic cavity. Med. News LXIX. 19. p. 518. Nov.

Gerhardt, C., Ueber Vorhersage am Krankenbett. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Gray, Albert A., An investigation into some of the principles of auscultation. Journ. of Anat. and Physiol. XXXI. 2. p. 202. Jan. 1897.

Grunmach, Ergebnisse der Untersuchungen bei mehreren Krankheitsfällen mit Hülfe d. *Röntgen*-Strahlen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 529.

Grunmach, E., Ueber d. Bedeutung d. *Röntgen*-Strahlen f. d. innere Medicin. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 1. 1897

Hanot, V., Conception générale actuelle de la pathologie interne. Arch. gén. p. 12. Janv. 1897.

Lennhoff, Ueber eine Vorrichtung zur Palpation im warmen Bade. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. p. 1093.

Monari, Alberto, Appunti di semeiotica raccolti nell'anno 1895—96 (Clin. med. di Modena). Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 350.

Moritz, Bericht über d. Münchner med. Universitäts-Poliklinik im J. 1896. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Ruge, Hans, Bericht über d. Poliklinik d. II. med. Klinik vom 1. Nov. 1894 bis 31. März 1896. Charité-Ann. XXI. p. 183. 189.

Seegelken, Lumbalpunktion als therapeut. Eingriff b. Encephalopathia saturnina. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 47.

Straus, Friedrich, Die diagnost. Bedeutung d. Punktion d. Wirbelkanals. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 328.

Thiele, O., Bericht über d. Poliklinik d. 1. med. Universitätsklinik vom 6. Nov. 1894 bis 31. März 1896. Charité-Ann. XXI. p. 130.

Thorne, W. Bezly, Auscultatory percussion. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1610.

Wassermann, J., Zur Diagnose innerer Krankheiten mittels *Röntgen*-Strahlen. Wien. klin. Wchnschr. X. 4. 1897.

Wilms, M., Diagnost. u. therap. Werth d. Lumbalpunktion; Druckbestimmung mit Quecksilbermanometer. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

S. a. I. *Harnuntersuchung*. III. *Experimentelle Pathologie*.

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Afanassjew, S., Untersuchung des Eiters von Typhösen in Bezug auf seinen Gehalt an amylolyt. Ferment. Boln. gas. Botk. 22. 23. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 10.

Allison, T. M., Hyperpyrexia in measles. Brit. med. Journ. Jan. 9. 1897.

Armstrong, H. G., The diagnosis of scarlet fever. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1827.

Arrowsmith, H., The modern aspect of tuberculosis. Med. News LXX. 3. p. 65. Jan. 1897.

Artaud, J., 4 années de traitement de la fièvre typhoïde dans un service de l'Hôtel-Dieu. Lyon méd. LXXXIII. p. 260. Oct.

Atkins, E. B. Macdonald, Case of measles complicated with pneumonia, followed by scarlet fever and diphtheria. Lancet Nov. 28.

Baader, Bericht über 17 Fälle von Diphtherie, die im neuen Krankenhause zu Esslingen zur Tracheotomie kamen, mit einem Nachwort von *Späth*. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 47.

Baker, Geo. H., Case of traumatic tetanus treated with antitoxin unsuccessfully. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1828.

Baker, Oswald, A case of tetanus treated with antitoxin, followed by recovery. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1569.

Barra, A. G., A plea for a less restricted diet in typhoid fever. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Bartsch, A., Nogle Iagttagelser fra en mäslingeepidemi i Norderöernes Lägedistrikt paa Färöerne. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 48.

Bohncke, C., Et Tilfälde af Cerebrospinalmeningitis med usädvanligt heftige Initialsymptomer; Helbredelse. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 50.

Berry, H. Poole, An outbreak of typhoid fever in a provincial town; its probable cause. Lancet Dec. 5.

Bienwald, Paul, Ein Tetanusfall mit *Behring's* neuem Antitoxin behandelt. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 49.

Block, E. Bates, The agglutinative action of the blood serum of patients suffering from typhoid fever. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 206. Nov.—Dec.

Boltz, R., Zur Casuistik d. gleichzeitigen Vorkommens von Hautkrankheiten u. Lungentuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Boroh, G., Kampen mod Tuberkulosen. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 50.

Bormans, Alfonso, Della azione agglutinativa dell'urina dei tifosi sul bacillo di Eberth. Rif. med. XII. 274. 275.

Bonchard, Ch., Les rayons de *Roentgen* appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Gaz. des Hôp. 147.

Boyer, La fièvre typhoïde à Beyrouth. Lyon méd. LXXXIII. p. 361. Nov.

Brault, J., et J. Rouget, Sur un cas de morve humaine de forme anormale; difficulté du diagnostic clinique et bactériologique. Gaz. hebd. XLIII. 102.

Breuer, Robert, Zur *Widal*'schen Serodiagnostik des Abdominaltyphus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. 48.

Broido, S., Traitement de la coqueluche. Revue d'Obstetr. IX. p. 374. Nov.—Déc.

Brückner, Ueber Diphtherie. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 32.

Busseniue, Die Bakteriologie im Dienste der Phthisiotherapie. Charité-Ann. XXI. p. 235.

Bussenius u. Siegel, Zur Frage der Uebertragung d. Maul- u. Klauenseuche auf d. Menschen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Cameron, Charles A., The scarlatina epidemic in Dublin and isolation hospitals. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1609.

Cantlie, James, The spread of plague. Lancet Jan. 2. 9. 1879. — Brit. med. Journ. Jan. 9. 1897.

Capaldi, Achille, Ein weiterer Beitrag zur Typhusdiagnose. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 475.

Carlsen, J., Outlines of the history of diphtheria in Denmark and Germany. Janus I. 2. p. 161.

Casali, Giovanni, Caso di tetano guarito coll' antitossina *Tizzoni*. Rif. med. XII. 276.

Cenci, Pietro, Caso di tetano traumatico guarito con la antitossina *Tizzoni*. Rif. med. XII. 296.

Comba, Carlo, La siero-diagnostica della febbre tifoide. Rif. med. XII. 288. 289.

Cook, A. H., and A. R. Cook, 2 cases of blood poisoning in which antistreptococcic serum was used. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Cosgrave, E. Mac Dowel, Concurrent scarlatina and enteric fever. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Coste, Maurice, Une petite épidémie de variole a poussées intermittentes. Contribution à l'étude des fièvres éruptives dites à rechûtes et à récidives. Revue de Méd. XVI. 12. p. 945.

Couture, Méningite tuberculeuse. Belg. méd. III. 5. p. 739.

Croca, Silvino, Contributo allo studio della sieroterapia nella tubercolosi polmonale. Rif. med. XIII. 10. 11.

Crocq sen., Betrachtungen über d. Wesen u. d. Diagnose d. Diphtherie. Wien. klin. Rundschau XI. 4. 1897.

Crookshank, Edgar M., Actinomycosis and Madura disease. Lancet Jan. 2. 1897.

Crossing, A. V., and H. W. Webber, A case of acute septicaemia treated with antistreptococcic serum. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Cuno, F., 2 Jahre Diphtherieheilserumtherapie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Dabney, S. G., Antitoxin and intubation. Amer. Pract. and News XXII. 8. p. 290. Oct.

Dalché, P., Lavages du sang dans une infection à streptocoques (endocardite infectieuse); guérison. Gaz. des Hôp. 8. 1897.

Delépine, A. Sheridan, and E. J. Sidebotham, On the sero-diagnosis of typhoid fever. Lancet Dec. 5. 12.

Dennig, Adolf, Ueber d. Tuberkulose im Kindesalter. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 266 S. mit 20 Curven im Text. 6 Mk.

Detwiler, B. H., The danger of tubercular infection from cow's milk, and its prevention. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 661. Oct.

Dippo, H., Die Infektionskrankheiten. Leipzig. J. J. Weber. 8. VIII u. 211 S. 2 Mk. 50 Pf.

Diskussion angående tyfeidfeberepidemin i Helsingfors. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 959.

Dittmar, Fred, Notes on a case of scarlatinal nephritis in which a grave cerebral lesion was found post mortem. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 357. Nov.

Dovertie, G. H., Om lungsotens freqvens i Sveriges städer. Hygiea LVIII. 10. s. 371.

Dubrulle, A., La fièvre typhoïde à Bourg, en 1894. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. p. 302. Nov.

Dudley, G. J., Concurrent measles and scarlet fever; note on the incubation stage of measles. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 141. 1897.

Düring, E. v., Blatternmortalität in Constantinopel. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Dufour, Henri, Staphylococcie généralisée consécutive à de la gangrène disséminée du scrotum; symptômes typhoïdes; réaction agglutinative du sérum négative; guérison. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 884. Nov.—Déc.

Durham, Herbert E., Note on the diagnostic value of the serum of typhoid fever patients. Lancet Dec. 19.

D'Urso, Gaspare, Su di un caso di tubercolosi cutanea inoculata. Policlinico III. 21. p. 525.

Ehrich, E., Zur Symptomatologie u. Pathologie d. Rotzes b. Menschen. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 1.

Eijkman, Geval van kryptogenetische septicopyaemie. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 4. blz. 281.

Ekehorn, Gustaf, Om aktinomykes i Blekinge. Hygiea LVIII. 10. s. 422.

Eliasson, A., Om aktinomykos menniskan. Hygiea LVIII. 10. s. 337.

Engel, Gabriel v., Einfluss d. Influenza auf d. weibl. Organismus. Wien. med. Presse XXXVII. 44.

Eonnet, Rechute et récidive de la rougeole. Gaz. hebd. XLIII. 87.

Faber, Erik, Skarlatina som Aarsag til Difteribacillernes Forsvinden i Svälget. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 45.

Feltz, Rechûte de la rougeole. Gaz. hebd. XLIII. 84.

Fennyvessy, Béla, Ueber d. Wirkung d. Diphtherietoxins u. Antitoxins auf d. Froschherz. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 216.

Fischer, Louis, The treatment of diphtheria. New York med. Record L. 26. p. 919. Dec.

Flanagan, J. W. H., Malaria at Aden. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Fraenkel, C., Ueber den Werth der *Widal*'schen Probe zur Erkennung d. Typhus abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Frank, Georg, Was haben wir von dem *Behring*'schen Tetanusantitoxin zu erwarten? Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 23. 24.

Freeman, Walter J., Diphtheria of the nasopharynx. New York med. Record L. 18. p. 618. Oct.

Freyer, M., Ueber d. heutigen Stand d. Variola-vaccine-Frage. Eine krit. Beleuchtung d. dualist. Auffassung über d. Art beider Virus. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 322.

Gabrilowitsch, J., Bemerkungen zu d. Aufsatze d. Herrn Dr. *Volland*: Etwas über d. Folgen d. Magen- u. Darmerschlaffung u. Weiteres über d. Uebertreibungen h. d. heutigen Behandlung d. Lungenschwindsüchtigen. Therap. Monatsh. X. 11. p. 583.

Gabritchewsky, Les bases de la sérothérapie de la fièvre récurrente. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 630. Nov.

Galli-Valerio, Bruno, Actinomicosi e pseudo-actinomicosi. Gazz. degli Osped. XVII. 149.

Galli-Valerio, Bruno, Zur Aetiologie u. Serumtherapie d. menschl. Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 25.

Gensichen, Erfahrungen am eigenen Leibe mit *Behring's* Heilserum. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49.

Gilbert, A., et L. Fournier, Contribution à l'étude de la psittacose. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 41. p. 429. Oct. 20.

Goodall, E. W., 3 cases of diphtheria occurring in patients the subjects of nephritis, treated with antitoxin. Lancet Nov. 21.

Gordon, A. Knyvett, A case of scarlet fever treated by antistreptococcic serum. Lancet Jan. 2. 1897.

Gottstein, A., Die Bekämpfung der Diphtherie. Nebst Erwiderung von *C. Fraenkel*. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 50.

Grancher, J., et Thoinot, Rapport général au nom de la commission de la tuberculose. Gaz. des Hôp. 133.

Grancher, J., et Thoinot, Hospitalisation des tuberculeux. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 12. p. 535. Déc.

Greene, Charles Lyman, Recent aids in the differential diagnosis of typhoid fever (describing the authors modifications of *Ehrlich's* test, with a preliminary report upon the serum test of *Widal*). New York med. Record L. 20. p. 697. Nov.

Greene, Charles Lyman, The serum test of *Widal* and the possibility of its application without microscopic examination. New York med. Record L. 23. p. 805. Dec.

Grocco, Sul decorso della febbre nella infezione tifoidea. Settimana med. LI. 2. 3. 1897.

Groeningen, G. H., Wie wird man tuberkulös? Bekenntnisse des Menschenfeindes T. B. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. 132 S. 2 Mk.

Grünbaum, Albert S., On the sero-diagnosis of typhoid fever. Lancet Nov. 28. p. 1559.

Grünbaum, Albert S., On the agglutinative action of human serum in its relation to the sero-diagnosis of enteric fever. Lancet Dec. 19.

Gundrum, F., Pertussis. Therap. Gaz. 3. S. XII. 11. p. 726. Nov.

Haedke, Die Diagnose d. Abdominaltyphus u. *Widal's* serumdiagnost. Verfahren. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 2. 1897.

Halban, Josef, Zur Symptomatologie d. Tetanus

(Hemitetanus; choreat. Zuckungen; Dauercontrakturen). Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 691.

Hammer, Weitere Erfahrungen über d. Behandl. d. Diphtherie mit d. *Behring*'schen Heilserum. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 51.

Hankin, E. H., An outbreak of cholera in an officer's mess. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Harris, V. D., A case of osteo-arthropathia in phthisis. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Henggeler, Oscar, 3 Fälle von Milzruptur bei Malariakranken. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 24.

Herrick, James B., Report of a case of typhoid fever complicated by extrauterine pregnancy. Med. News LXIX. 16. p. 437. Oct.

Hirschfelder, J. O., The treatment of tuberculosis and other infectious diseases with oxytoxines. 8. 14 pp. — Occid. med. Times Nov.

Holt, L. Emmett, Tuberculosis in infancy and early childhood, with special reference to the mode of infection. Med. News LXIX. 24. p. 656. Dec.

Hutinel, V., et Labbé, Contribution à l'étude des infections staphylococciques, particulièrement chez l'enfant. Arch. gén. p. 641. Déc.

Jaeger, H., Die Verschleppung d. Infektionskrankheiten vom Krankenbett aus u. d. Maassregeln zu deren Bekämpfung. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 11. p. 251.

Jansson, C., Om behandling af tuberkulos med streptokock kulturer. Hygiea XLVIII. 12. Sv. läkaresällsk. förh. s. 203.

Jemma, Rocco, Ricerche sulla siero-diagnosi nel tifo addominale. Gazz. degli Ospod. XVII. 152. 1896. — Centr.-Bl. f. innere Med. XIII. 3. 1897.

Joz, V., Ueber Diazoreaktion u. über d. prognost. Bedeutung ders. b. Typhus abdominalis. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 52.

Jéz, V., Ueber d. Bedeutung d. *Widal*'schen Serodiagnostik. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 3. 1897.

Inoculations against cholera. Lancet Oct. 31. p. 1266.

Johnston, Wyatt, On the application of the serum diagnosis of typhoid fever to the requirements of public health laboratories. New York med. Journ. Oct. 31.

Jones, J. Lloyd T., Malaria at Aden. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1317.

Josué et Clerc, Fièvre typhoïde; sérodiagnostic; autopsie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 618. Juillet—Oct.

Irwell, Lawrence, The contagiousness of pulmonary phthisis. New York med. Record L. 23. p. 838. Dec.

Isager, Kristen, Om Lungetuberkulosens Smitsomhed. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 52.

Jundell, J., Om serumdiagnos af tyfoidfeber. Hygiea LVIII. 10. s. 359.

Iwanow, N., Ueber künstl. Immunisirung b. Recurrens. Boln. gas. Botk. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Kaompffer, L., Kurze Mittheilung über eine Kuhpockenepidemie mit Uebertragung auf den Menschen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Kaufmann, P., Die Cholera in Aegypten. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 2. 1897.

Kelsch, Considérations critiques sur la contagion et l'origine des maladies infectieuses. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 47. 50. p. 758. 857. Déc. 1. 22.

Korteweg, P. C., Enkele opmerkingen naar aanleiding eener epidemie van scarlatina. Nederl. Weekbl. I. 5. 1897.

Kühnau, W., Ueber Mischinfektion mit Proteus b. Diphtherie d. Halsorgane. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. p. 567. 1897.

Langer, Fritz, Die Pest u. ihre Ausbreitung. Wien. klin. Wchnschr. X. 3. 1897.

Lee, Robert, The cases resembling scarlatina which occurred in Fulham. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Leichtenstern, Otto, Akute Miliartuberkel d. Haut b. allg. akuter Miliartuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

Leray, La tuberculose chez les animaux dans ses rapports avec la tuberculose humaine. Gaz. des Hôp. 146.

Lereboullet, Sur le diagnostic et le traitement des perforations intestinales dans la fièvre typhoïde. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 43. p. 542. Nov. 3. — Gaz. hebd. XLIII. 90.

Lesser, A. Monae, An extraordinary case of croup, complicated with pneumonia, intubated by *O'Dwyer* and treated without food. New York med. Record LI. 2. p. 47. Jan. 1897.

Leutert, Ernst, Ueber d. otit. Pyämie. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 217.

Lévi, Charles, Infection streptococcique des méninges au cours de l'érysipèle du nouveau-né. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 636. Juillet—Oct.

Levi, Charles, Purpura à pneumocoques et streptocoques consécutif à une suppuration subaiguë broncho-pulmonaire de même nature avec dilatation bronchique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 692. Oct.

Leyden, E. von, u. Huber, Weitere Erfahrungen über Diphtherie Erwachsener u. ihre Heilserumbehandlung. Charité-Ann. XXI. p. 105.

Löhr, Zur Behandl. d. Scharlachcomplikationen mit Antistreptokokkenserum. Charité-Ann. XXI. p. 340.

Loesch, A., Contribution au diagnostic de la tuberculose par la tuberculine. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 482.

Loeventhal, Hugo, Die Recurrensepidemie zu Moskau im J. 1894. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 401.

Lop, Réinfection morbilleuse (Récidive et rechute de rougeole). Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 522. Nov.

Lorentzen, Carl, Om Benyttelsen af vederlagsfri Hospitalsbehandling og Desinfection ved tyfoid Feber, Difteri og Skarlagensfeber i Köbenhavn 1891—95. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 49.

Macarthur, W. F., Purpura associated with scarlet fever. Lancet Nov. 21. p. 1456.

M'Hugh, M., Isolation as a means of preventing the spread of infective fevers. Dubl. Journ. CII. p. 443. Nov.

Mackay, F. Roid, Short notes on the value of the bacteriological examination in diphtheria. Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 527. Dec.

Mackey, Edward, Convulsions and phlebitis in measles. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Mac Rury, C. W., The plague in India. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 114. 1897.

Mo Weeney, Edmund J., On the sero-diagnosis of typhoid fever. Lancet Dec. 12.

Manges, Morris, The antitoxic and the antiseptic methods in the treatment of typhoid fever. Med. News LXIX. 20. p. 541. Nov.

Marcuse, P., Parotitisepidemie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.

Maurange, G., Effets de la tuberculine dans un cas de méningite tuberculeuse. Gaz. hebd. XLIII. 89.

Mays, Thomas J., Toxicosis of the nervous system as a cause of pulmonary consumption. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 741. Nov.

Meningitis cerebrospinalis epidemica in Wien. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 44.

Metchnikoff, Quelques remarques à propos de l'article de *Gabritchewsky* sur la fièvre récurrente. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 654. Nov.

Mewius, Beitrag zur Verbreitungsweise d. Typhus abdominalis. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 497.

Milian, G., Lithiase biliaire au cours de la fièvre typhoïde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 802. Nov.

Möller, Wilhelm, Beiträge zur Statistik der Masernepidemien. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 4. p. 241.

Monod, Henry, Sur le sérum antipesteux de *M. Yersin*. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 42. p. 473. Oct. 27.

Moore, John William, Tuberculosis. Therap. Gaz. 3. S. XII. 11. p. 727. Nov.

Moore, M. G., Report of a case of anthrax carbuncle. Med. News LXIX. 25. p. 701. Dec.

Murray, H. G., A relapsing fever. New York med. Record L. 18. p. 641. Oct.

Muselier, Le traitement de la tuberculose. Bull. de Thér. CXXXI. 7. 8. p. 311. 366. Oct. 15. 30.

Newton, Richard C., The treatment of typhoid fever. New York med. Record L. 25. p. 908.

Niemann, F., Ueb. Tuberkuloseheilserum. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

Oates, C. A., Typhoid fever in Madeira. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1261.

Ohlmacher, A. P., A newly discovered agglutination reaction for the diagnosis of typhoid fever. Cleveland med. Gaz. XII. 2. p. 86. Dec.

Park, Roswell, Tuberculosis of breast and lymphnodes. Med. News LXIX. 19. p. 524. Nov.

Passini, Fritz, Versuche über d. Dauer d. antidiphtherit. Schutzimpfung. Wien. klin. Wchnschr. IX. 48.

Paul, Maurice Ehen, Notes on an abortive attack of typhoid fever in a patient who had previously suffered from that disease. Lancet Dec. 26.

Pick, Friedel, Ueber d. *Widal*'sche Serumdiagnose d. Typhus abdominalis unter Berücksichtigung d. Trockenmethode. Wien. klin. Wchnschr. X. 4. 1897.

Plauth, Aktinomykose b. Menschen. Ver.-Bl. d. pfälz. Ärzte XII. 10. p. 204.

Pinder, E., Ueber Rhinitis fibrinosa diphtherica. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44. 46.

Pollak, Gottlieb, Ueber d. Behandl. d. Typhus abdominalis mit Blutserum von Typhusreconvalescenten. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 447.

Posselt, A., Zur Diphtherieserumbehandlung. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 45—51.

Queirel, La variole à Marseille et sa prophylaxie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 41. p. 446. Oct. 20.

Rauchfuss, Ch., Diphthérie. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 833.

Reiche, Ueber Malaria. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. p. 1267.

Ritter, Julius, Ueber d. Keuchhusten. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. 48.

Rix, C. J., Warm baths in the treatment of measles. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Roberts, H. H., Typhoid fever. Amer. Pract. and News XXII. 8. p. 293. Oct.

Robin, Albert, Du chimisme respiratoire à l'état normal dans la fièvre typhoïde et sous l'influence des bains froids; applications thérapeutiques. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 42. p. 496. Oct. 27.

Robin, Albert, Thérapeutique générale des maladies infectieuses. Bull. de Thér. CXXXII. 1. p. 1. Jan. 15. 1897.

Rodocanachi, A. J., Incubation period of chickenpox. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1416.

Rossie, Irving C., Newspaper rabies. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 807. Dec.

Russell, J. Ronaldson, and Arthur Maude, 17 cases of diphtheria without a death; 15 treated by antitoxin. Lancet Nov. 7.

Salman, Ein Fall von schwerer Gelenkerkrankung nach Scharlach. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Saunders, E. W., 27 cases of croup. Med. Fortnightly X. 10; Nov.

Schabad, J., L'infection mêlée dans la phthisie pulmonaire. Arch. russes de Pathol. etc. II. 3. 4. p. 354. 617.

Schäfer, Casuist. Beiträge zur Kenntniss d. Aktinomykose b. Menschen. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XII. 11. p. 228.

Schoube, B., Ueber Hämaturie bei Gelbfieber Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Schiperowitsch, M., Zur patholog. Anatomie d. Typhus recurrens. Eshened. 16. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 10.

Schiperowitsch, M., Typhus abdominalis, complicirt mit Scharlach. Eshened. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Schoen, Ernst, Die Blattern in Afrika u. die Schutzpockenimpfung daselbst. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.

Schröder, Ueber d. Husten d. Phthisiker u. d. therapeut. Verwendbarkeit d. Peronina gegen denselben. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 4. 1897.

Sharp, Gordon, Is membranous croup always due to the microbe of diphtheria? Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 518. Dec.

Siegert, F., Klin. u. experiment. Untersuchungen über d. Einfluss d. *Behring*'schen Diphtherie-Heilserums auf d. gesunde u. kranke Niere. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 331.

Sklarek, Ueber Hämaturie b. Gelbfieber. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Smirnow, G. A., D'une antitoxine artificielle de la diphthérie. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 504.

Spencer, M. H., Notes on beri-beri as observed at the Seamens hospital, Greenwich. Lancet Jan. 2. 1897.

Spillmann, P., Contribution à l'étude du typhus exanthématique. Progrès méd. 3. S. V. 2. 1897.

Springthorpe, J. W., A plea for the re-use of tuberculin. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 341. Nov.

Ssakharoff, N., Observation au mémoire „sur l'origine du pigment malarique et de l'hémoglobine". Arch. russes de Pathol. etc. II. 4. p. 617.

von Starck, Einfache Wassersucht nach Varicellen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 446.

Steel, E. B., A case of enteric fever complicated by perforation, peritonitis and relapse, and followed by perityphlitic abscess, recovery. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Stern, R., Diagnost. Blutuntersuchungen b. Abdominaltyphus. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 49.

Sternberg, George M., The etiology and classification of infectious diseases. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 6. p. 649. Dec.

Sticker, Georg, Der Keuchhusten. Der Bostock'sche Sommerkatarrh (das sogen. Heufieber). [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Herm. Nothnagel* IV. 2. 2.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. 142 S. 3 Mk. 60 Pf.

Stokes, Charles F., Some points in the technique of the serum test for typhoid fever. New York med. Record LI. 2. p. 46. Jan. 1897.

Tavani, Giuseppe, Un caso interessante di poliorromenite tubercolare. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 30.

Taylor, Mark R., Influenza, complicated by multiple arthritis; ruptured apex and emphysema; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1828.

Torrile, Eugenio, Sulla tubercolosi latente. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 333.

Thomas, Einige Worte über d. Krankenpflege d. Kinder während d. Diphtherie. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 11. p. 241.

Thomas, Allen M., Orrhotherapy [of diphtheria] at Nursery and Child's Hospital 1895—96. New York med. Record L. 23. p. 814. Dec.

Thornton, G. G., The scientific and common-sense treatment of typhoid fever. Amer. Pract. and News XXII. 9. p. 328. Oct.

Tomè, Emilio, Un altro caso di tetano guarito con la antitossina *Tizzoni*. Rif. med. XII. 264.

Toupet, Thrombose de l'artère pulmonaire dans la tuberculose. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 726. Oct.—Nov.

Trapp, Ein Fall von Kopftetanus geheilt unter der

Behandl. mit Antitoxin *Tizzoni.* Chir. Centr.-Bl. XXIV. 4. 1897.

Tuberkulose s. III. *Babes, Bunge, Crookshank, Delbanco, Gatti, Scarpatetti, Strauh, Vicquerat.* IV. 2. *Arrowsmith, Boltz, Borch, Bouchard, Bussenius, Couture, Croce, Demnig, Detwiler, Dorertie, D'Urso, Gabrilowitsch, Grancher, Groeningen, Harris, Hirschfelder, Holt, Jansson, Irrwell, Isager, Leichtenstern, Leray, Loesch, Maurange, Mays, Moore, Muselier, Niemann, Park, Schabad, Schröder, Springthorpe, Tarani, Terrile, Toupet, Unterberger, Vandam, Williams, Wolff;* 3. *Cassaët, Chauffard;* 4. *Barié, Genersich, Hanot;* 5. *Grigorjew, Nauman, Querrain;* 7. *Miller, Morestin;* 8. *Buol, Milian;* 10. *Audry, Barclay, Kaarsberg, Koch, Metzlar, Moynihan, Schütz;* 11. *Herzheimer.* V. 1. *Lilienthal;* 2. a. *Finny, Starck;* 2. b. *Dollinger;* 2. c. *Adams, Averill, Burri, Francke, Hofmeister, Pisani, Prochownick;* 2. d. *Adams.* VI. *Küttner, Schenk.* X. *Cheney.* XIII. 2. *Beck, Bergeat, Chaplin, Seifert, Thoma, Thompson, Walters, Zinn.* XIV. 1. *Kurorte.*

Unterberger, S., Lungentuberkulose u. ihre Behandlung speciell in Haussanatorien. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 49. 50.

Vagedes, 2 seltene Fälle von Septichämie. Charité-Ann. XXI. p. 842.

Vandam, Alf., Considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par la thalassothérapie et l'aérothérapie. Presse méd. belge XVIII. 42.

Vespa, Beniamino, Sulla cura dell'erisipela. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 72.

Vierhuff, Wilhelm, Ueber die im Stadtkrankenhause zu Riga gemachten Erfahrungen mit d. *Behring*'schen Diphtherie-Heilserum. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 41.

Walsh, James J., Some notes of an epidemic of chicken-pox. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 657. Oct.

Warrack, James S., A case of diphtheria treated with antitoxin; tracheotomy also being performed. Lancet Dec. 19. p. 1755.

Weintraub, Carl, Aerztl. Erfahrungen über die Beriberi. [Wien. Klinik XXII. 10 u. 11.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 265—328. 1 Mk. 50 Pf.

Wells, G. M., A case of diphtheria treated with antitoxin; subsequent death from acute ascending paralysis. Med. News LXX. 2. p. 49. Jan. 1897.

Werner, Erfahrungen über Tetanus traumaticus. Memorabilien XL. 6. p. 321.

Widal, Fernand, On the sero-diagnosis of typhoid fever. Lancet Nov. 14.

Willemer, C., Ein mit *Behring*'schem Antitoxin behandelter Tetanusfall. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Williams, N. H., Cataphoresis in tuberculosis. New York med. Record LI. 2. p. 69. Jan. 1897.

Wolff, F., Ueber d. Krankenpflege Tuberkulöser im Gebirgsklima. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 11. p. 242.

Wright, A. E., Note on the technique of serum diagnosis of acute specific fevers. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Ziemann, Hans, Ueb. Blutparasiten b. heimischer u. trop. Malaria. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.

S. a. I. Vrijheid. II. Achard. III. *Mikroorganismen,* Dominici. IV. 3. *Empyem, Pleuritis, Pneumonie;* 4. Babes, Coley, Keller; 5. Boari, Goluboff, Hassler, Hérard, Lévi, Loris; 7. *Rheumatismus;* 8. Brasch, De Buck, Deguy, Giudiceandrea, Vespa; 9. Richter; 10. Friedrich, Nacciarone. V. 1. Roth, Russell, Stern; 2. a. Briau; 2. c. Armstrong, Dieulafoy, Price, Vanverts. VI. Jamoson. VII. Adam, Byers, Chaloix, Herrenschneider, Hirst, Lange, Laruella, Moorhead, Rossi, Saft, Shsen, Williams. VIII. Barhier, Brown. IX. Adler, Kalischer. X. Schroeder. XI. Kipp. XIII. 2. Arnold, Eddowes, Grocco, Handlay. XV. *Vaccination,* Caillé, Folkl, Manriac, Wingate. XIX. Gillespie, Weichselbaum. XX. Fiessinger.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Abelli, V., Développement et guérison d'une pulmonite sur le sommet du Mont Rosa (4560 mètres). Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 1.

Aufracht, E., Ein Symptom d. Trachealstenose. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 1. 1897.

Banti, G., Ueber d. Entstehung d. Gelbsucht b. Pneumonitis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 24.

Baruch, Simon, The management of pneumonia patients. Med. News LXX. 1. p. 1. Jan. 1897.

Bergonié, Nouveaux faits de radioscopie de lésions intrathoraciques. Gaz. des Hôp. 2. 1897.

Blackman, J. C., Cardiac tonics in acute bronchitis and broncho-pneumonia, especially in children. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 203. 1897.

Bouchard, Ch., La pleurésie de l'homme étudiée à l'aide des rayons de *Roentgen.* Gaz. des Hôp. 144.

Bouchard, Ch., Application de la radioscopie au diagnostic des maladies du thorax. Gaz. des Hôp. 1. 1897.

Cassaët, E., De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aiguës. Arch. clin. de Bord. V. 10. p. 472. Oct.

Chauffard, Du pneumothorax simple et de son diagnostic par la tuberculine. Semaine méd. XVI. 63.

Cornil, Sur la structure de l'exsudat fibrineux de la pleurésie aseptique. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 43. p. 539. Nov. 3.

Couch, J. Kynaston, A case of lobar pneumonia with a hyperpyrexial temperature. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Davies, Arthur T., Note on mediastinal friction. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Dix, W. R., Abscess of the lung; subcutaneous emphysema. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1711.

Düms, Ueber postpneumon. Empyeme b. Soldaten. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 11. p. 482. — Militärarzt XXX. 23 u. 24.

Fremmert, H., Bronchialkatarrh u. Witterung in St. Petersburg. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 51. 52.

de Gonnes et Victor Griffon, Suppuration bronchique et péricardique à pneumocoques, sans fièvre. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 677. Juillet—Oct.

Godlee, Rickman J., Pulmonary osteoarthropathy. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1417.

Griffith, J. P. Crozer, Pneumonia in children. Med. News LXIX. 23. p. 625. Dec.

Hansen, D. S., The treatment of pneumonia in children. Clevel. med. Gaz. XI. 11. p. 600. Nov.

Katz, Julius, Ueber d. Auftreten von Asthma bronchiale nur während d. Menstruation. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Koll, Eduard, Ueber Sinuspleuritis. Deutsche Ztschr. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 597.

Kurz, Edgar, Ein differentialdiagnost. Problem [Lungenkrankheit wahrscheinl. auf embolischer Basis]. Memorabilien XL. 5. p. 257.

Le Gandre, P., Pronostic et traitement des broncho-pneumonies aiguës chez les enfants. Revue d'Obstétr. IX. p. 320. Sept.—Oct.

Levy-Dorn, Max, Ein asthmatischer Anfall im *Röntgen*-Bilde. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47.

Monari, Alberto, Respiro interciso nell ascoltazione orale. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 351.

Monari, Alberto, Piaghe da decubito nella pneumonite. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 354.

Nachod, Friedrich, Zur Casuistik d. akuten fibrinösen Bronchitis im Kindesalter. Prag. med. Wochenschr. XXII. 3. 1897.

Naumann, Hermann, Zur Behandl. d. Pleuritis exsudativa. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Osler, William, Features in the prognosis of pneumonia. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 1. Jan. 1897.

Pflanz, Ernst, Ueber Dermoidcysten d. Mediastinum anticum. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 473.

Pöch, Rudolf, Ein Fremdkörper in d. Lunge; Lokalisation mit d. *Röntgen*'schen Strahlen. Wien. klin. Wchnschr. IX. 46.

Smith, Alexander, Treatment of pneumonia. Med. News LXIX. 25. p. 701. Dec.

Smith, Andrew H., The essential nature of croupous pneumonia. New York med. Record LI. 1. p. 1. Jan. 1897.

Steven, John Lindsay, Case of malignant tumour originating in connection with the root of the right lung, and associated with multiple malignant tumours, some of which were situated in the integument. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 450. Dec.

S. a. I. Levy, Robin. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Josué, Kuthy, Loathes, Rolleston, Stoerk. IV. 2. *Lungentuberkulose,* Atkins, Lesser, Taylor; 4. Vinay; 5. Boas, Ferraro; 9. Lavi. V. 2. c. *Lungenchirurgie.* VI. Bottermund. VII. Vinay. XI. Réthi. XIII. 2. Cullen, Green, Mays, Murrell, Ringer, Rosenberger, Shearer, Thoma; 3. Möller.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Atkinson, T. Reuell, Embolism of the pulmonary artery more than 2 months after delivery; death. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 203. 1897.

Babes, V., et V. Sion, Un cas d'endocardite et de pyo-septicémie. Arch. des Sc. méd. I. 6. p. 505. Nov.

Barié, Ernest, La tuberculose du coeur. Semaine méd. XVI. 61.

Bell, Walter, A case of thrombosis of the abdominal aorta. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Bernard, Léon, Péricardite rhumatismale aiguë diagnostiquée pendant la vie, à forme d'angine de poitrine. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 808. Nov.

Boije, O. A., En höggradig missbildning af hjärtat hos ett tre dygn gammalt barn. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 10. s. 827.

Bollinger, O., Aneurysma der Art. poplitaea. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Borgherini, Alessandro, Ueber einige Affektionen des Herzgefässbündels. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 44. 45. 46. 48. 49.

Bottomley, F. C., 2 cases of death due to the presence of a needle in relation with the heart. Brit. med. Journ. Dec. 5. p. 1640.

Bramwell, Byrom, Ulcerative endocarditis treated with anti-streptococcic serum. Lancet Oct. 31. p. 1264.

Bramwall, Byrom, Calcareous degeneration of the heart and arteries. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 97.

Brunton, T. Lauder, Pericarditis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. 2. p. 18. 123. Jan., Febr. 1897.

Cardarelli, 2 casi di aneurisma dall'arco aortico. Gazz. degli Osped. XVII. 155.

Cavazzani, Alberto, 4 casi di stenosi mitralica pura di *Duroziez*. Rif. med. XII. 277.

Charrier et E. Apert, Rétrécissement mitral; obstruction embolique de l'aorte abdominale et des artères iliaques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 766. Nov.

Coley, Thomas Luther, Malignant endopericarditis with recovery. New York med. Record LI. 1. p. 6. Jan. 1897.

Cornil, Myomes dans les veines du bras. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 725. Oct.—Nov.

Crouzon et May, Abcès métastatique du coeur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 860. Nov.—Déc.

Deguy, Un cas de péricardite hémorrhagique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 748. Oct.—Nov.

Destot et Bérard, Les rayons X appliqués à la découverte des circulations artérielles viscérales. Lyon méd. LXXXIII. p. 445. Nov.

Dickinson, Lea, Adherent pericardium as a cause of fatal enlargement of the heart. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 6. p. 691. Dec.

Dison, C. F., X-ray method of examining the heart. New York med. Record LI. 2. p. 46. Jan. 1897.

Drozda, Aneurysma aortae ascendentis in venam cavam superiorem perforatum; Tod. Wien. med. Presse XXXVII. 44.

Dwight, Thomas, Distortion of the aorta in Pott's disease. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 89. Jan. 1897.

Eshner, Augustus A., A case of mitral obstruction. Philad. Policlin. V. 51. p. 501. Dec.

Ewart, William, On latent and transient pericardial effusion. Lancet Nov. 21.

Ewart, William, On the dorsal test for pericardial effusion. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Gallois, E., Forme rare de malformation cardiaque congénitale. Lyon méd. LXXXIII. p. 469. Déc.

Genersich, Anton, 2 seltenere Fälle von tuberkulöser u. syphilit. Erkrankung d. Herzmuskels. Ungar. med. Presse II. 3. 1897.

Gennes et Griffon, Coronarite oblitérante; plaque fibreuse du myocarde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 858. Nov.—Déc.

Gerhardt, C., Pericarditis syphilitica. Charité-Ann. XXI. p. 153.

Gerhardt, C., Pulsus paradoxus einer Seite. Ungleiche Pulszahl d. Armarterien. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. 1897.

Glenn, John H., Notes on a case of pulmonary embolism, with some remarks upon peripheral venous thrombosis. Dubl. Journ. CII. p. 453. Nov.

Grenet, A., Anévrysme de la crosse de l'aorte ayant donné lieu à des accès de dyspnée simulant l'asthme vrai; mort par ouverture de la poche dans la trachée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 652. Juillet—Oct.

Hanot, Victor, et Léopold Lévy, Un cas de tubercule de la membrane interne de l'aorte. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 784. Nov.

Hauser, Ein Fall von Cor bovinum bei einem 11monat. Kinde. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Heineman, H. Newton, Experiences with the physical and *Schott's* treatment of chronic heart disease. New York med. Record L. 24. p. 847. Dec.

Heineman, H. Newton, Stenocardia (angina pectoris). Med. News LXX. 2. p. 37. Jan. 1897.

Hoeflmayr, L., Nervöse Herzgeräusche. Beitr. zum Capitel d. Herzneurosen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Horrocks, Wm., A case of acute aneurysm; embolism of the iliac arteries; paraplegia. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 142. 1897.

Kaiserling, Herztumor. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 48. Beil.

Kalindéro, N., et V. Babès, Un cas de malformation de la cloison interauriculaire aboutissant à une lésion mortelle. Arch. des Sc. méd. I. 5. p. 481. Sept.

Keller, Rud., Ueber einen Fall von maligner Endokarditis an den Klappen der Art. pulmon. nach Gonorrhöe. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 387.

Leith, R. F. C., An inquiry into the physiology of the action of thermal saline baths and resistance exercises in the treament of chronic heart disease (the Nauheim and *Schott* system). Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 67.

Le Maguet, Pyléphléhite suppurée avec abcès du foie secondaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 616. Juillet—Oct.

Leroux et R. Meslay, Sarcome du coeur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 680. Juillet—Oct.

Leuhe, W. O., Zur Diagnose d. systolischen Herzgeräusche. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 225.

Lewy, Bonno, Die Arbeit d. gesunden u. kranken Herzens. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 321. 1896. 5 u. 6. p. 520. 1897.

Maclennan, William, A case of dexio-cardia without displacement of other viscera. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Marfan et Moret, Athérome des sigmoïdes aortiques; diverticules de l'intestin grêle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 612. Juillet—Oct.

Monari, A., a) Soffio cardiaco che scompare nella posizione eretta. — b) Rumore di galoppo al collo. — c) Soffio arterioso sopraspinoso. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 358. 360. 364.

Pepper, William, Skiagraphy in the diagnosis of aortic aneurysm. Univers. med. Mag. IX. 4. p. 237. Jan. 1897.

Phoar, Asther G., Reduplication of the second sound. Lancet Jan. 9. 1897.

Phillips, C. H., Aneurysm of the ascending aorta; rupture into pericardium. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1568.

Piazza-Martini, V., D'un rumore di gemito alla regione infrascapolare sinistra. Rif. med. XIII. 13.

Prescott, W. H., Arterio-sclerosis, with report of a case of thrombosis of the basilar and coronary arteries. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 24. p. 588. Dec.

Pye-Smith, P. H., The left auricle in mitral stenosis. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1745.

Rheiner, G., Ueber 2 Fälle angeborner Herzfehler. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 540.

Ritóok, Sigm., Beiträge zur Aetiologie d. Arteriosklerose. Orvosi hetilap 45. 1896. — Ungar. med. Presse II. 4. 1897.

Robertson, Cecil, Note on a case of rupture of the heart. Lancet Jan. 23. p. 240. 1897.

Rolleston, H. D., A case of sudden death due to embolism of one of the coronary arteries of the heart. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Sainsbury, Harrington, Ulcerative endocarditis treated with antistreptococcic serum. Lancet Nov. 7. p. 1339.

Samways, D. W., The left auricle in mitral stenosis. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Savill, Thomas D., 2 cases of idiopathic arterial hypermyotrophy. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Schally, Anton, Zur Behandl. d. Aneurysmen mittels Compression. Prag. med. Wchnschr. XXI. 51. 52.

Schlesinger, Hermann, Ueber eigenartige Venenphänomene. Wien. klin. Wchnschr. IX. 52.

Smith, Alexander, Aneurism of the aorta. Med. News LXIX. 25. p. 699. Dec.

Smith, Andrew H., Anaemia in cardiac disease. New York med. Record L. 24. p. 852. Dec.

Thomson, H. Campbell, The practical application of the *Roentgen* rays in diseases of the heart and great vessels. Lancet Dec. 12.

Thue, Kr., Aneurysma af Aorta og Art. anonyma. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. Forh. S. 138.

Trautwein, Jos., Ueber d. Zustandekommen d. katakroten Erhebungen d. Pulscurve. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 239.

Tschermak, Armin, Aneurysma aortae dissecans mit Ruptur d. Art. coronaria dextra u. zweizeit. Durchbruch nach d. Herzbeutel hin; Perikarditis; Arteriitis. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 233.

Unruh, Franz, In vivo diagnosticirte Thrombose d. Vena cava inferior, verursacht durch ein Endotheliom d. Wand b. einem einjährigen Kinde. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Villière, Oblitération de l'orifice de la coronaire droite par une plaque d'athérome; mort subite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 740. Oct.—Nov.

Vinay, De l'oedème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse. Lyon méd. LXXXIII. p. 332. Nov.

Weill, Myocardite parenchymateuse. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 561. Déc.

Williams, J. W., A case of rupture of the cardiac muscle. Lancet Dec. 12. p. 1678.

Workman, Chas., Cardiac valvular disease with embolism, interstitial nephritis and atheroma of pulmonary artery. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 369. Nov.

S. a. I. Levy. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Genersich, Leuchle, Letulle, Mermet, Schapfer, Sharp. IV. 1. Gaston; 2. Dalché, Mackey, Toupet; 3. de Gennes, Kurz; 5. M'Donnell, Newmann, Samways, Stein; 8. Dogny, Ingals, Mathieu, Milian, Monari, Pugliesi, Rattray, Rohrbach; 11. Coggeshall, Phillips. V. 1. Amat, Cornil; 2. a. *Sinusthrombose,* Eulenstein, Knopf, Moty, Pasca; 2. c. *Chirurgie d. Herzens* 2. e. Chupin, Clark, Fick, Frazier, Schalenkamp, Tuffier, Turner. VII. Vinay. X. Hirsch, Wadsworth. XI. M'Bride. XIII. 2. Moeller.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Allina, Ein Fall von Pankreasnekrose. Wien. klin. Wchnschr. IX. 45.

Annequin, F., Occlusion intestinale déterminée par le diverticule de Meckel; mort rapide pendant le lavage de l'estomac. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. p. 324. Nov.

Ascoli, Sull'iperleucocitosi digestiva. Policlinico III. 24. p. 582.

Ayling, Arthur H. W., Safety pin swallowed by a child. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1382.

Baccelli, G., Splenectopia e lapsus splenis. Policlinico III. 24. p. 549.

Baillet, Cancer primitif du duodénum; cancer secondaire de la tête du pancréas; sténose duodénale, mort par obstruction intestinale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 712. Oct.

Bardet, G., Traitement des crises paroxystiques chez les dyspeptiques hyperchlorhydriques. Bull. de Thér. CXXXII. 1. p. 22. Janv. 15. 1897.

Bate, R. Alexander, Chronic interstitial hepatitis. Amer. Pract. and News XXII. 7. p. 260. Oct.

Benedict, A. L., The aspiration and chemical examination of gastric contents. Med. News LXIX. 17. p. 464. Oct.

Berkhan, Zur Behandl. d. Divertikels d. Speiseröhre. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 386.

Bertherand, L., Cancer intestinal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 814. Nov.

Bial, Manfred, Ueber d. Tiefstand d. Magens b. Männern. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 50.

Boari, Achille, Un caso di actinomicosi umana primitiva del fegato. Policlinico IV. 1. p. 19. Genn. 1897.

Boas, J., Ueber Asthma dyspepticum. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 444.

Bonardi, E., Contributo clinico alla conoscenza della splenomegalia susseguita da cirrosi epatica (malattia del Banti). Gazz. degli Osped. XVIII. 1. 1897.

Bramwell, Byrom, and R. F. C. Leith, Enormous primary sarcoma of the liver, in which a large blood cyst, simulating a hepatic abscess, was developed. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 213.

Broca, A., Torsion de l'appendice vermiculaire, péritonite aiguë mortelle. Gaz. hebd. XLIII. 86.

Brosch, Anton, Ein seltener Fall von multiplen carcinomatösen Strikturen d. Darmes. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 606.

Burr, Charles W., and Aloysius O. J. Kelly, Lesions of the brain found in a case of acute yellow

atrophy of the liver. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 711. Nov.

Cardarelli, Carcinoma dello stomaco. Gazz. degli Osped. XVII. 149.

Cardi, Giuseppe, Sulla linite plastica del Brinton. Policlinico III. 24. p. 576.

Carstans, J. H., The need of abdominal section in certain cases to aid the general practitioner to diagnose obscure abdominal diseases. New York med. Record L. 22. p. 782. Nov.

Carter, J. M. G., Functional indigestion. Med. News LXIX. 17. p. 460. Oct.

Casagrandi, O., Sulla sterilità del pus degli ascessi epatici dei climi caldi. Gazz. degli Osped. XVII. 137.

Cavazzani, Alberto, Sopra un caso di splenomegalia con cirrosi epatica (malattia del Banti). Rif. med. XII. 267. 268.

Ceatan, Raymond, et Pierre Wiart, Un cas rare d'occlusion intestinale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 696. Oct.

Chappet, Calcul de cholédoque; dilatation de la vésicule; pas de cancer. Lyon méd. LXXXIII. p. 484. Déc.

Chvostek, F., Ueber alimentäre Albumosurie. Wien. klin. Wchnschr. IX. 47.

Clay, John, A case of obstruction at the pyloric end of the stomach due to kinking produced by suppurating gall-bladder. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 205. 1897.

Cohen, G., Bemerkungen über Perityphlitis. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Corselli, G., e B. Frisco, Le asciti lattee e la loro patogenesi. Rif. med. XII. 278. 279. 280.

Courvoisier, L. G., Zur Diagnostik d. Gallensteinkrankheiten. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 22.

Cumming, Hugh S., Notes on the treatment of intestinal indigestion. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 654. Oct.

De Bruyn Kops, Een congenitaal tumor pylori. Nederl. Weekbl. II. 25.

Dippe, Neuere Arbeiten über Physiologie u. Pathologie d. Verdauungsorgane. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 40. 137.

Dumstrey, Ein eigenartiger Fall von hypertroph. Lebercirrhose. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.

Eiger, J., Ein Fall von Hypersekretion b. Magengeschwür. Boln. gas. Botk. 20. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 10.

Eurén, Axel, Appendicit. Hygiea LVIII. 10. s. 329.

Floderus, Björn, Von der Behandlung akuter Perforationsperitonitis nach Appendicitis nebst Beschreibung eines Falles mit glückl. Ausgange. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 55.

Foges, Arthur, Casuist. Beiträge zur Klinik d. Appendicitis simplex. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 50—53.

Fowler, George R., A brief note and remarks upon a case of empyema of the vermiform appendix. New York med. Record L. 19. p. 672. Nov.

Galliard, L., Un cas de sygmoïdite aiguë. Gaz. des Hôp. 7. 1897.

Gasser, J., Etranglement interne causé par le diverticule de Meckel; mort rapide. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. p. 326. Nov.

Gerhardt, C., Perityphlitis mit Rückfällen. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 354.

Gilbert, A., et A. Grenet, Brûlure de l'oesophage par l'ammoniaque; expulsion de la muqueuse oesophagienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 806. Nov.

Goluboff, Die Appendicitis als eine epidem. infektiöse Erkrankung. (Vorläuf. Notiz.) Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 1. 1897.

Goodale, J. L., On the identity of conditions commonly known as wandering rash of the tongue and Moeller's superficial glossitis. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 545. Nov.

Grasset, H., Fièvres gastro-intestinales simples de la seconde enfance. Gaz. des Hôp. 141. 142.

Grawitz, E., Klin. Beobachtungen über d. Krebs d. Gallenblase. Charité-Ann. XXI. p. 157.

Greco, Vincenzo, Dell'alcalinità del sangue nell'ipercloridria e nell'anacloridria. Rif. med. XII. 242. 243.

Griffon et Dartigues, Epithéliome du cholédoque. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 816. Nov.

Grigorjew, D., Tuberculosis omenti majoris. Boln. gas. Botk. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Hanot, V., Nouvelle observation de cancer de l'ampoule de Vater. Arch. gén. p. 547. Nov.

Harbitz, Fr., Biliär Levercirrhose. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 12. Forh. S. 182.

Hassler et Boisson, Etude sur les abcès dysentériques du foie. Gaz. de Par. 44.

Hemmator, John C., Die Priorität d. Pylorussondirung. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 2. 1897.

Henneoart, Alexandre, Cancer primitif du foie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 613. Juillet—Août.

Hérard de Bessé, Formes septiques du cancer de l'estomac. Gaz. hebd. XLIII. 92.

Herzfeld, J., Ueber Ursachen u. Behandl. widerl. Geschmacksempfindungen. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 27.

Hickman, J. W., The proper management of appendicitis. Med. News LXIX. 21. p. 571. Nov.

Hochenegg, Julius, Drohender Verblutungstod nach verschlucktem Fremdkörper. Wien. klin. Wochenschr. IX. 51.

Hoorweg, A. J., en W. A. Boekelman, De wisseling van het zuurgehalte van den maaginhoud onder invloed van verschillende omstandigheden. Nederl. Weekbl. II. 23.

Horrocks, A case of pancreatic cyst associated with glycosuria and gall-stones; recovery. Lancet Jan. 23. p. 242. 1897.

Hovenden, Arthur C., A case of acute pancreatitis: necropsy. Lancet Jan. 9. p. 104. 1897.

Janowski, W., Ueber Flagellaten in d. menschl. Faeces u. über ihre Bedeutung f. d. Pathologie d. Darmkanals. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. p. 442. 1897.

Israel, O., Magenkrebs mit ungewöhnl. sekundärer Ausbreitung, insbes. im Darmkanal, Recurrenslähmung u. Bemerkung über künstliche Beleuchtung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 4. 1897.

Kolling, G., Zur Oesophagoskopie u. Gastroskopie. Arch. f. Verd.-Krankh. II. 3. 4. p. 321. 490.

Kennan, Richard H., A case of acute pancreatitis. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Kiefer, Spontanperforation eines Ulcus rotundum ventriculi nach Chloroformnarkose. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 473.

Kleinwächter, Die Erfolge d. internen Behandlung der in den JJ. 1874—1889 in der Breslauer med. Klinik (weiland Prof. *Biermer*) beobachteten Fälle von Perityphlitis. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 717.

Kříž, Arpád, Ein Fall von ileocökaler Darminvagination; spontane Abstossung d. gangränösen Coecum u. eines Theils des untern Ileum; Heilung. Wien. med. Presse XXXVII. 49. 50.

Le Gendre, P., De quelques gros foies. Semaine méd. XVII. 3. 1897.

Leith, A case of phlegmonous gastritis. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 112.

Letulle, Maurice, Cirrhose hypertrophique pigmentaire alcoolique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 853. Nov.—Déc.

Levi, Charles, Dégénérescence graisseuse du foie, suite de lésions toxi-infectieuses du tube digestif;

urobilinurie intense; néphrite parenchymateuse sans albuminurie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 812. Nov.

Liszt, F., Perityphlitis u. Pericolitis; grosses Exsudatum perityphlit. u. pericolicum. Ungar. med. Presse I. 8.

Loris-Melikow, J., Ein Fall von Aktinomykose des Darms. Boln. gas. Botk. 21. 22. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Luys, Georges, Ulcérations gastriques chez les alcooliques; mort subite par hémorrhagies. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 660. Juillet—Oct.

Mc Burney, Charles, The treatment of appendicitis. Med. News LXIX. 24. p. 653. Dec.

M'Donnel, W. Campbell, Rheumatic tonsillitis with pericarditis, without arthritis. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 17. 1897.

Mc Naughton, J. C., Appendicitis; abscess; perforation and general peritonitis, with very little general perturbance. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1229.

Manley, Thomas H., Conditione which may simulate organic obstruction of the large intestine. Cleveland med. Gaz. XII. 1. p. 20. Nov.

Marfvau, A. B., La gastro-entérite cholériforme des nourrisons, son traitement. Revue d'Obstétr. IX. p. 342. Nov.—Déc.

Meisl, Alfred, Die Lokalbehandlung d. Magens. Wien. klin. Rundschau X. 44.

Moltzing, C. A., Die Controle der Magendurchleuchtung mittels d. Magensonde. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 436.

Mermet, Sarcome primitif de l'intestin grêle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 828. Nov.—Déc.

Moslay, Myome de l'estomac. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 715. Oct.

Metcalfe, James, 2 cases showing irregularity of temperature in acute enteritis. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1317.

Misssner, G., Zur Erkennung u. Behandl. d. Erschlaffungszustände d. Magens. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 17. 1897.

Milian, G., Invagination intestinale agonique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 778. Nov.

Mori, Giueeppe, Un epidemia d'itterizia a Chiusi. Gazz. degli Osped. XVIII. 4. 1897.

Morris, Robert T., Notes on appendicitis. New York med. Record L. 26. p. 924. Dec.

Murray, Jamee, Case of acute yellow atrophy of liver. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1229.

Naumann, G., Om peritonealtuberkulos. Nord. med. ark. N. F. VI. 5. Nr. 24.

Nauwerok, C., Leberzellen u. Gelbsucht. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Newman, David, Epithelioma of the oesophague at the level of the third dorsal vertebra; ulceration and rupture into the aorta, a month after gastrostomy was performed. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 321. Nov.

Northrup, W. P., Intussusception in a child 7 months old; high injections; recovery. Med. News LXIX. 24. p. 668. Dec.

Packard, Frederick A., A case of movable liver. Univers. med. Mag. IX. 4. p. 266. Jan. 1897.

Page, Frederick, 4 cases of gall-stone. Lancet Dec. 5. p. 1602.

Pepper, William, and Alfred Stengel, Diagnosis of dilatation of the stomach. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 34. Jan. 1897.

Peretz, K., Ein Fall von adhäsiver Peritonitis in d. Gegend d. Pylorus. Boln. gas. Botk. 16. 17. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Piard, Emile, Des suppurations à distance dans l'appendicite. Arch. gén. p. 560. Nov. — Gaz. de Par. 45—51.

Pilliet, Oblitération de l'appendice ileo-coecal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 781. Nov.

Pilliet, A. H., et V. Veau, Sarcome rétro-péritonéal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 719. Oct.

Pilliet et Veau, Epaississement partiel de la musculeuse du gros intestin. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 781. Nov.

Pratt, R. D., A study on appendicitis. Amer. Pract. and News XXII. 10. p. 361. Nov.

Pretorius, Rétrécissement cicatriciel de l'oesophage. Belg. méd. IV. 1. p. 1. 1897.

Quervain, F. de, Ueber Fremdkörpertuberkulose d. Peritonaeum bei unilokularem Echinococcus. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 1. 1897.

Quivogne, A., Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'hépatite suppurée. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. 12. p. 292. 395. Nov., Déc.

Railton, T. C., Pancreatic cyst in an infant. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1318.

Ratjen, E. Ulcus ventriculi, ausschliesslich mit Rectalernährung behandelt. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Reineboth, Die Diagnose d. Magencarcinems aus Spülwasser u. Erbrochenem. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 62.

Riva, A., Semiologia del contenuto urobilinico dell' intestino. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 367.

Robin, Albert, Traitement de la gastrite chronique. Bull. de Thér. CXXXI. 10. p. 433. Nov. 30.

Robin, Albert, Traitement médical du cancer de l'estomac. Bull. de Thér. CXXXI. 11. p. 481. Déc. 15.

Robinson, Byron, The effect of peritonitic adhesions on the digestive tract. New York med. Record L. 22. p. 777. Nov.

Roll en Eijkman, Een geval van icterus febrilis. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 4. blz. 276.

Rosenbach, O., Die Emotionsdyspepsie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 4. 1897.

Rosenheim, Ueber Fremdkörperextraktion aus dem Oesophagus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 48. p. 1072.

Routier, L'appendicite. Gaz. des Hôp. 2. 4. 1897.

Ruge, Hans, Ein Fall von primärem Lebercarcinom mit Tyrosinausscheidungen im Harne. Charité-Ann. XXI. p. 172.

Sainton, Paul, Un cas d'ascite lactescente non chyleuse. Gaz. hebd. XLIV. 6. 1897.

Samwaye, D. W., The treatment of piles and pruritus ani by collodion. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Schreiber, Julius, Ueber Gastrektasie u. deren Verhältniss zur chron. Hypersekretion. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 423.

Schwimmer, E., Ueber einzelne seltene Erkrankungen d. Zunge. Ungar. med. Presse II. 4. p. 79. 1897.

Schwyzer, F., Ein Fall von angeb. Hypertrophie d. Pylorus. New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 10. p. 379.

Seale, E. A., A case of gastric ulcer with recovery after symptoms of perforation. Lancet Dec. 19.

Shaw, R. Hill, Infantile haematemesis and melaena. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1445.

Sievers, R., och T. W. Tallqvist, Cercomonas hominis och Trichomonas intestinalis vid svårt diarr. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 932.

Soupault, Maurice, Sur un cas de gastrosuccorrhée. Gaz. hebd. XLIV. 2. 1897.

Stein, Ludwig, Ueber Hämorrhoiden u. ihre Behandlungsmethoden. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 50.

Steven, John Lindsay, On the jaundice of early infancy, with a case of congenital obliteration of the bile-ducts. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 4. Jan. 1897.

Stiller, B., Ueber Enteroptose im Lichte eines neuen Stigma neurasthenicum. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 3. p. 285.

Sutcliffe, E. Harvey, A case of intussusception in a child 8 months old; recovery. Lancet Nov. 7. p. 1306.

Sutton, J. Bland, On wandering spleens. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Szalárdi, M., Beiträge zur Pathologie d. Gastroenteritis acuta epidemica. Ungar. med. Presse I. 9.

Thomas, Etude sur la sténose du pylore par adhérences péritonéales. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 1. p. 1. Janv. 1897.

Trantenroth, A., Akute infektiöse Cholangitis u. Cholecystitis in Folge von Gallensteinen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 703.

White, W. Hale, On carcinoma of the pancreas. Lancet Dec. 26.

Williams, W. Roger, Gall-stones and cancer. Lancet Oct. 24. p. 1187.

Wolff, Ludvig, Hvilket värde har undersökningen af maginnehållet visat sig ega, specielt för magsjukdomarnes diagnos och behandling? Hygiea LVIII. 10. s. 424.

von Ziemssen, Klin. Betrachtungen über d. Milz. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

S. a. I. Bial, Einhorn, Hari, Hnatek, Köhner, Solomon, Stoker. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Booker, Gatti, Gockel, Hsinricius, Hugenschmidt, Lenohle, Letulle, Marck, Orlandi, Reichel, Schupfer, Shattock, Szegé. IV. 1. Gaston; 2. Gabrilowitsch, Henggeler, Lereboullet, Marcuse, Milian, Steel; 3. Banti; 4. Le Maguet, Marfan; 8. Abeles, De Buck, Feilberg, Hoorweg, Roviliod, Schwerdt, Stiller, Upson; 9. Chauffard, Isaac, Mongour; 10. Chauffard; 11. Cohn, Drozda, Jolly, Mc Cann; 12. *Eingeweidewürmer.* V. 1. Morris; 2. a. Merkel, Mermet; 2. c. *Chirurgie der Verdauungsorgane;* 2. d. Irwin. VI. Lannois, Oswald, Thorén. VII. Eiermann, Lwow, Puttle. VIII. Baginsky, Barhier, Brown. XI. Alt, Vitrac. XIII. 2. Thoma, Vandenberghe, Wirz; 3. Faitout, Harnack. XIV. 3. Einhorn. XX. Pavlow.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Bonnus, Mal de Bright; hémorrhagies cérébrales à répétition; mort par hémorrhagie du 4me. ventricule. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 874. Nov.—Déc.

Donald, W. M., Cystic degeneration of the kidney. Medicine II. 12. p. 988. Dec.

Faitout, P., Urémie par néphrite interstitielle, ans après la scarlatine. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 837. Nov.—Déc.

Fernet, Ch., et Papillon, Suppuration rénale à bacille d'Eberth survenue au declin d'une fièvre typhoïde. Gaz. des Hôp. 10. 1897.

Good, J., Apparent suppression of secretion of urine. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 17. 1897.

Hähne, E., Ein Beitrag zur polycyst. Nierenentartung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Israel, O., Zur compensator. Hypertrophie d. Nieren. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 330.

Maass, Hugo, Die eitrigen Entzündungen der Nierenfettkapsel. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 170. Innere Med. 48.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 54 S. 75 Pf.

Macaigne, Etude sur la néphrite coli-bacillaire d'origine sanguine. Arch. gén. p. 722. Déc.

Napier, Alex., u. T. K. Monro, Case of chronic renal disease in which the kidneys were found to differ greatly in size. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 375. Nov.

Neusser, Edmund, Die Erkrankungen d. Nebennieren. [Spec. Pathol. u. Therapie, herausgeg. von *Herm. Nothnagel* XVIII. 3.] Wien 1897. Alfred Hölder. Gr. 8. 138 S. 2 Mk. 30 Pf.

Nicolaysen, Lyder, Bakteriuri som Aarsag til Enuresis diurna. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1012.

Partzwski, A. S., Néphrite parenchymateuse surajoutée à une néphrite interstitielle avec complication d'inflammation fibrineuse des bassinets et des uretères. Progrès méd. 3. S. V. 3. 1897.

Pedenko, A., Ein Fall von akuter Nephritis mit Bakterien nach einer inficirten Wunde der Haut. Boln. gas. Botk. 24. 25. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Potain, Sur un cas de granulie à prédominance rénale. Semaine méd. XVI. 64.

Rosenthal, N., Zur Aetiologie der Wanderniere. Therapeut. Monatsh. X. 12. p. 643.

Sacerdotti, C., Ueber d. compensator. Hypertrophie d. Nieren. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 267.

Thorel, Ch., Ueber typ. u. Pseudoregeneration b. Niereninfarkten. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 297.

Ziemssen, H. von, Zur Pathologie u. Therapie d. chron. Nephritis. 1. 2. [Klin. Vortr. 24. 25.] Leipzig. F. C. W. Vogel. 8. 19 u. 23 S. Je 60 Pf.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Kelynack. IV. 2. Dittmar, Goodall, Siegert; 4. Workman; 5. Levi; 8. Ducceschi, Hoorweg, Stiller; 9. Chauffard, Hadra, Klemperer, Osler, Stevon; 10. Chauffard; 11. Welander. V. 2. d. *Chirurgie d. Harnorgane.* VII. Guérard, Köstlin. IX. Honigmann. XI. Haug. XIII. 2. Beckert, Bettmann, Bronovsky, Klemperer, Kohn, Strauss, Winternitz; 3. Gahagan.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Backer, Andr., Epidemi af akut Muskelrheumatisme. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 12. S. 1234.

Barsis, Albrecht, Ueber d. subcutane Ruptur d. langen Bicepskopfes. Wien. med. Presse XXXVII. 50.

Clarke, W. Bruce, On some effects of a lack of muscular development. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Hunt, W. W., Acute relapsing rheumatism. Med. Fortnightly X. 10; Nov.

Ianni, Giuseppe, Sulla patogenesi delle lacerazioni aponevrotiche e delle ernie musculari. Rif. med. XII. 271. 272. 273.

Kader, Bronislaus, Das Caput obstipum musculare. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 207.

Krack, Ove, Om Muskelrheumatisme. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 52. 53.

Lowe, Alfred J., Acute rheumatism with hyperpyrexia. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1381.

Mackenzie, Stephen, On the various forms of rheumatism, especially in reference to age and sex. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. 2. p. 32. 139. Jan., Febr. 1897.

Miller, A. G., On contraction of arteries of a limb the probable cause of muscle atrophy in tubercular joint disease. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 231.

Morestin, H., Abcès tuberculeux du grand pectoral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 784. Nov.

Newsholme, Arthur, The etiology of acute rheumatism. Lancet Nov. 28. p. 1558.

Pluymers, L., Des sarcosporidies et de leur rôle dans la patogénie des myosites. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 761. Nov.

Potain, Des déformations du rhumatisme chronique osseux. Semaine méd. XVI. 56.

Sohoofs, Lucien, Contribution à l'étude du sarcome primitif intramusculaire. Presse méd. Belge XLVIII. 38.

Stoll, Konrad, Ein Fall von subcutaner Ruptur d. Sehne d. langen Kopfes d. Biceps brachii. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 1. 1897.

Thiéry et A. Lecoeur, Kyste hydatique suppuré du grand pectoral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 764. Nov.

Verhoogen, René, Les troubles musculaires

consécutifs aux lésions des articulations. Belg. méd. III. 44. p. 553.

Wolf, Oskar, Otitis media acuta, ein Frühsymptom d. Polyarthritis rheumatica acuta. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 213.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Genersich, Stier. IV. 4. Bernard; 5. M'Donnell; 8. *Muskelatrophie,* Babinski, Bettmann, D'Alloeco, Hoffmann. V. 1. Desguin; 2. e. Mangiavillani.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Abelee, Victor, Ueber Singultusepidemien. Wien. klin. Rundschau X. 51. 52.

Adamkiewicz, Albert, Die heilbare u. d. stationäre Form d. syphilit. Rückenmarksschwindsucht u. d. Beziehungen beider zu d. Gefässen. Wien. med. Wochenschr. XLVI. 48. 49. 50.

d'Alché, La migraine ophthalmoplégique (paralyse oculo-motrice périodique). Gaz. hebd. XLIII. 99.

Aldrich, Chas. J., The reflexes as differential diagnostics in organic and functional nerve disease. Clevel. med. Gaz. XI. 11. p. 623. Nov.

Allen, F. J., Mirror writing. Brain XIX. p. 385.

Alzheimer, Ein Fall von luetischer Meningomyelitis u. -Encephalitis. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 63.

Anderson, M'Call, Syphilitic cerebral disease. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 401. Dec.

Anton, G., Gehirnbefund b. angeb. Lähmung mit Muskelschwund. Wien. klin. Wchnschr. IX. 45.

Anton, Wilhelm, Beitrag zur Casuistik der Acusticustumoren. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 2. p. 116.

Arndt, Max, Zur Differentialdiagnose d. traumat. Neurosen. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 341. 1897.

Babinski, J., Abolition du reflexe du tendon d'Achille dans la sciatique. Gaz. des Hôp. 150.

Bailey, Pearce, The effect of early optic atrophy upon the course of locomotor ataxy. New York med. Record L. 20. p. 710. Nov.

Baker, Smith, A case of recurrent trance postnrally induced. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 690. Oct.

Banks, Isaac, A case of acromegaly. Lancet Jan. 2. 1897.

Barker, Lewellys F., Concerning neurological nomenclature. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 200. Nov.—Dec.

Bauer, C., Aus d. hypnot. Poliklinik d. Herrn Prof. *Forel* in Zürich. Ztschr. f. Hypnotismus V. 1. p. 31.

Bechterew, W., L'automatisme considéré comme une manifestation de la syphilis cérébrale. Revue neurol. V. 1. p. 1. Janv. 1897.

Benda, Th., Ein Fall von Hämatomyelie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 44.

Benda, Th., Antwort an Herrn Collegen *Schindler,* betr. d. Fall von Hämatomyelie. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 49.

Bernhardt, M., Ueber Rückenmarkserkrankung b. Keuchhusten. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Bettmann, S., Ein Fall von Morbus Basedowii mit Diabetes mellitus. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49.

Bettmann, S., Ein Fall von Thomsen'scher Krankheit mit Tetanie u. einseit. Fehlen d. Musc. supra- u. infraspinatus. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 331. 1897.

Biehl, Carl, Zur Casuistik d. otogenen Meningitis. Wien. klin. Rundschau X. 47.

Bijl, Narcolepsie als hoofdsymptom van verkregen hysterie. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 187.

Binswanger, Otto, Die Pathologie u. Therapie d. Neurasthenie. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. V u. 447 S. 9 Mk.

Bischoff, Erest, 2 Geschwülste d. Brücke u. d. verlängerten Markes. Jahrbb. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 137. 1897.

Bischeff, Ernst, Cerebrale Kinderlähmung nach Sehhügelblutung. Jahrbb. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 221. 1897.

Bloom, I. N., Brain abscess and pachymeningitis. Medicine II. 12. p. 992. Dec.

Bocchi, A., e C. Goggi, Un caso di acromegalia. Gazz. degli Osped. XVIII. 10. 1897.

Boettiger, Syphilis des Centralnervensystems. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. p. 1266.

Bok, Karl, Das Stottern u. seine Behandlung. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 42.

Bondurant, E. D., A case of chronic adult chorea with pathological changes similar to those of general paresis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 680. Oct.

Bonhoeffer, Carl, Ein Beitrag zur Lokalisation d. choreat. Bewegungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. p. 6.

Bonne, Hystérie à forme de sclérose en plaques. Lyon méd. LXXXVIII. p. 507. Déc. — Gaz. hebd. XLIII. 101.

Booth, Arthur, Oedema in Graves' disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 669. Oct.

Bostroem, E., Ueber d. pialen Epidermoide, Dermoide u. Lipome u. duralen Dermoide. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 1 u. 2. 1897.

Bourneville et Félix Regnault, Acromegalie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 587. Avril.

Bozzolo, C., Sarcomatosi cutanea e viscerale, diffusa al cervello. Settimana med. LI. 2. 1897.

Bramwell, Byrom, Clinical lecture on a case of hysterical contracture. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 128. Febr. 1897.

Brasch, Martin, Ein Fall von motor. Aphasie b. einem Kinde im Frühstadium eines akuten Exanthems. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.

Brauer, L., Ueber einen klinisch beobachteten Fall von Pseudo-Bulbärparalyse im Kindesalter. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 416. 1897.

Bresler, Beitrag zur Lehre d. Maladie des Tics convulsifs (mimische Krampfneurose). Neurol. Centr.-Bl. XV. 21.

Bresler, Ueber Spinalepilepsie. Neurol. Centr.-Bl. XV. 22.

Brie, Ueber einen Fall von primärer akuter Encephalitis haemorrhagica. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.

Breido, S., Parésie et paraplégie chez les enfants. Revue d'Obstétr. IX. p. 366. Nov.—Déc.

Brower, Daniel R., 4 cases of diplegia in a family of 5. Medicine III. 1. p. 23. Jan. 1897.

Bruce, Alexander, and Robert Muir, On a descending degeneration in the posterior columns in the lumbo-sacral region of the spinal cord. Brain XIX. p. 333.

Bruns, Ludwig, Klin. Erfahrungen über d. Funktionen d. Kleinhirns. Wien. klin. Rundschau X. 49—52.

Buol, Flor., u. R. Paulus, Meningitis tuberculosa nach Kopftrauma. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 23.

Buringh Boekhoudt, H., Psych. afwijkingen bij migraine. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 63.

Burr, Charles W., A case of hysteria with ataxia confined to one leg. Med. News LXIX. 20. p. 554. Nov.

Burr, Charles W., The blood in chorea. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 183. Dec.

Buzzard, Thomas, On insular sclerosis and hysteria. Lancet Jan. 2. 1897.

Cardarelli, Nazareno, Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico delle distrofie muscolari progressive. Policlinico III. 20. p. 453.

Cassel, Tetanie u. Rhachitis. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 5. 1897.

Charcot, J. B., et Henri Dufour, L'hémarthrose tabétique. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 5. p. 265. Sept.—Oct.

Cioffari, Vincenzo, La sifilide e l'ereditarietà nervosa nella etiologia della tabe dorsale. Gazz. degli Osped. XVII. 131.

Clark, L. Pierce, The administration of thyroid in epilepsy. New York med. Record L. 17. p. 588. Oct.

Clark, L. Pierce, Occupation neurosis or ironers cramp. New York med. Record L. 18. p. 642. Oct.

Clemens, P., Ein Beitrag zur Casuistik d. Erkrankungen am unteren Ende d. Rückenmarks. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 458.

Coën, R., Die Sprachanomalien unter d. Schuljugend. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 47.

Coggin, David, Some cases of hemianopsia, one of which was monocular. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 26. p. 645. Dec.

Cohn, Toby, Zur Symptomatologie der Gesichtslähmung. Neurol. Centr.-Bl. XV. 21.

Cohn, Toby, Facialis-Tic als Beschäftigungsneurose (Uhrmacher-Tic). Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.

Collins, Joseph, A contribution to the pathology of epilepsy. A report of 2 cases in which a portion of the brain cortex was excised and examined. Brain XIX. p. 366. — Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 655. Oct.

Courtney, Joseph W., Acute anterior poliomyelitis. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. p. 617. Dec.

Cox, Robert H., A new method for localising brain lesions. Lancet Jan. 2. 1897.

Cutter, E. G., A case of peripheral polyneuritis following delivery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. p. 630. Dec.

D'Allocco, Orazio, Parecchi casi di mioclonia, la maggior parte famigliari. Rif. med. XIII. 19. 20. 21. 1897.

De Buck, D., et L. De Moor, Tremblement consécutif à l'influenza. Belg. méd. III. 44. p. 545.

De Buck, D., et L. De Moor, Polynévrite par auto-intoxication d'origine gastrique. Belg. méd. III. 47. p. 641.

Deguy, Phlébite grippale double des sinus caverneux. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 745. Oct.—Nov.

Deguy, Phlegmons dans les névrites périphériques. Revue de Méd. XVI. 12. p. 1019.

Dejerine, J., Contribution à l'étude de la névrite interstitielle hypertrophique et progressive de l'enfance. Revue de Méd. XVI. 11. p. 881.

Dercum, F. X., A case of syringomyelia limited to one posterior horn in the cervical region, with arthropathy of the shoulder-joint and ascending degeneration in the pyramidal tracts. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 6. p. 672. Dec.

Dewey, Richard, Report of a case of „dreamy mental state". Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 770. Dec.

Dignat, P., De l'intervention thérapeutique dans l'hémiplégie d'origine cérébrale. Bull. de Thér. CXXXI. 7. p. 289. Oct. 15.

Diller, Theodore, Primary muscular dystrophy in 2 brothers. New York med. Record L. 19. p. 670. Nov.

Dimitroff, Stephan, Ueber Syringomyelie. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 299.

Dinke, H. H., Acromegaly. New York med. Record L. 22. p. 779. Nov.

Dohberke, J. L., Glaucoma cerebri. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 265.

Drew, C. A., Some thoughts on disordered memory and kindred conditions. New York med. Record L. 19. p. 674. Nov.

Duhhers, Ein Fall von Tastlähmung. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 1897.

Duccesohi, V., e V. Martini, Tumore del lobo frontale; nefrite acuta; epilessia Jacksoniana. Rif. med. XIII. 7. 8. 9. 1897.

Edes, Robert T., Tumor attached to the cerebellar peduncles and overlying the fourth ventricle. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 17. p. 410. Oct.

Eichhorst, Hermann, Ueber infantil u. hereditäre multiple Sklerose. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 173.

Erben, S., Zur Behandl. d. Hemiplegiker. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 3. 1897.

Erich, Olaf, Et Tilfälde af Herpes zoster cervicalis kompliceret med total Facialisparalyse. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 11. S. 1125.

Eskridge, J. T., Symptoms of speech disturbances as aids in cerebral localization. Univers. med. Mag. IX. 4. p. 244. Jan. 1897.

Eulenburg, A., Eine seltene Form lokalisirten klon. Krampfes. Simulation, Unfallneurose oder hyster. Schreckneurose. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 1897.

Ewart, William, On the medical treatment of tic douloureux in connection with the question as to operation. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Feilberg, Sverre, En sjelden Aarsag [hypertrofierede Tungetonsillo] til Hikke. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 11. S. 1130.

Féré, Ch., Note sur une perversion sexuelle liée à l'ataxie locomotrice. Belg. méd. IV. 2. p. 41. 1897.

Ferraro, Dante, Il meningismo nell'infeziono pneumococcica. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 525.

Fieux, G., De la pathogénie des paralysies brachiales ches les nouveau-nés. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 52. Janv. 1897.

Finlayson, Tumour of the pons in a child. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 36. Jan. 1897.

Flatow, Robert, Bleilähmung der Kehlkopfmuskeln. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Flechsig, Paul, Zur Behandl. d. Epilepsie. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 1897.

Fleming, R. A., Ascending degeneration in mixed nerves. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 49. Jan. 1897.

Forel, A., Zum Capitel von d. Arbeit. (*Grohmann's* Beschäftigungsanstalt f. Nervenkranke, Hegibach-Zürich.) Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VII. p. 654. Dec.

Forel, Aug., Der Unterschied zwischen d. Suggestibilität u. d. Hysterie. Was ist Hysterie? Ztschr. f. Hypnot. V. 2—4. p. 89. 1897.

Fraenkel, A., Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten d. Haut. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Fraser, Donald, Paralysis of the serratus magnus. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 41. Janv. 1897.

Fraser, Donald, Case of hysteria. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 42. Jan. 1897.

Frenkel, Ergebnisse u. Grundsätze d. Uebungstherapie b. d. tabischen Ataxie. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 51.

Friedenwald, Harry, Notes on congenital motor defects of the eyeballs (congenital paresis of the ocular muscles). Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 202. Nov.—Dec.

Garrigues, Henry J., Anaesthesia paralysis. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 81. Jan. 1897.

Gasne, G., Localisations spinales de la syphilis héréditaire. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 5. p. 278. Sept.—Oct.

Gayet, Tumeur cérébrale. Lyon méd. LXXXIII. p. 415. Nov.

Gerhardt, D., Ueber d. Zittern b. Paralysis agitans. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 305. 1897.

Gernsheim, Fritz, Ein durch d. galvan. Strom günstig beeinflusster Fall von peripher. traumat. Lähmung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Geronzi, Gaetano, ed Alfredo Garofalo, Lesione unilaterale dell'ipoglosso e del facciale. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 123.

Getchell, Albert C., A contribution to the study of laryngeal vertigo. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 19. p. 469. Nov.

Gindiceandrea, Vincenzo, Un caso di sclerosi

a placche consecutiva ad infezione tifosa. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 21.

Goldscheider, A., u. Edw. Flatau, Ueber Haematomyelie. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 175.

Goldstein, L., Beiträge zur Physiologie, Pathologie u. Chirurgie des Grosshirns. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 90. 201.

Gourfein, Double ophthalmoplégie extérieure et héréditaire chez 6 membres de la même famille. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 47. p. 749. Déc. 1. — Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 12. p. 673. Déc.

Gowers, W. R., On some aspects of diseases of the nervous system and their practical study. Lancet Oct. 31. — Brit. med. Journ. Oct. 31.

Gowers, W. R., On paralysis of the fifth nerve. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 37. Jan. 1897.

Gradenigo, G., Ueber die Manifestationen der Hysterie am Gehörorgan. [Klin. Vortr. a. d. Geb. d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol., herausgeg. von *Haug*. I. 13.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 365—462. 2 Mk. 40 Pf.

Guillemot, Yves, Une endémie de paralysies radiculaires obstétricales. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 35. Janv. 1897.

Gunning, R. C., Heat apoplexy; hyperpyrexia; ice bath; recovery. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Hahel, A., Ueber d. Verhalten d. Patellarreflexe b. Querschnittsunterbrechung des Rückenmarks. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 25.

Hajós, L., Ueher hyster. Amnesiee. Jahrhh. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 296. 1897.

Hallervorden, E., Zur Pathogenese d. puerperalen Nervenkrankheiten u. d. toxischen Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 661. 1897.

Harher, Karl Alhert, Ueher d. Beziehungen d. Lues zur Tabes dorsalis. Inaug.-Diss. Würzhurg. Becker's Universitäts-Buchdr. 8. 30 S. 80 Pf.

Harris, Wilfred G., A contribution to the study of Jacksonian epilepsy. Lancet Oct. 24.

Head, Henry, On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral disease. Brain XIX. p. 153.

Heimann, M., 2 Fälle von akuter Erythromelalgie (?). Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51.

Heldenbergh, Des topalgies professionelles. Belg. méd. III. 51. p. 769.

Hellier, John B., On the nipple reflex. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Hensohen, S. E., Akut disseminerad ryggmärgsskleros med nevrit efter difteri hos ett barn. Nord. med. ark. N. F. VI. 5. Nr. 22.

Hermanides, S. R., Syphilis en tabes. Feestb. d. Nederl. Vor. voor Psych. blz. 12.

Herz, H., Die Seekrankheit als Typus d. Kinetosen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 50. 51.

Higier, H., Centrale Hämatomyelie d. Conus medullaris. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 185.

Hinshelwood, James, Case of dyslexia, a peculiar form of word-blindness. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 376. Nov. — Lancet Nov. 21.

Hirschherg, R., Traitement de l'ataxie dans le tabes dorsalis par la rééducation des mouvements. Arch. de Neurol. 2. S. II. 11. p. 337.

Hitaig, Th., Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 362. 1897.

Hochhaus, H., Ueber familiäre spast. Spinalparalyse. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 291.

Hoeselin, Rudolf von, Neuropatholog. Mittheilungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 52.

Hoffmann, J., a) Chron. progress. Bulbärparalyse. — b) Contralaterale elektr. Reflexzuckungen. — c) Arbeitsparese an d. unteren Extremitäten. — d) Thomsen'sche Krankheit complicirt mit Neuritis multiplex. — e) Zur Lehre von d. Tetanie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 264. 266. 269. 272. 274.

Hofmann, Ein Fall von Ponstumor. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 509.

Holden, Ward A., The visual disturbances due to nervous diseases. New York med. Record L. 18. p. 626. Oct.

Holeti, Hugo, Om neurastenin och dess förekomst i nordiska länderna, dess yttringar och årsaker. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 861. — Lyon méd. LXXXIII. p. 512. Déc.

Hoorweg, A. J., Een geval van hysterische anurie en faecaalbraken. Nederl. Weekbl. II. 18.

Hubbard, Thomas, Unilateral paralysis of the spinal accessory nerve caused by exposure to cold, associated with motor paralysis of the vagus. Med. News LXIX. 18. p. 491. Oct.

Jackson, J. Hughlings, Neurological fragments. Lancet Dec. 12. 1896; Jan. 2. 1897.

Jacobson, L., u. B. Jamane, Zur Pathologie d. Tumoren d. hintern Schädelgrube. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 80.

Jacohy, Martin, Ueber sehr frühzeitige Störungen in d. Entwicklung d. Centralnervensystems. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 149.

Jewnin, M., Anwendung von heissen Bädern in 5 Fällen von Cerbrospinalmeningitis. Therap. Monatsh. X. 11. p. 581.

Ingals, E. Fletcher, Exophthalmic goitre; chronic tonsillitis; carcinoma of the tonsil; chronic endocarditis. Med. News LXIX. 24. p. 667. Dec.

Jolly, F., Ueber infantile Enthindungslähmungen. Charité-Ann. XXI. p. 635.

Kalischer, Tabes mit Ophthalmoplegie, Demenz u. Muskelatrophie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. p. 42. 1897.

Karplus, J. P., Ueber Pupillenstarre im hyster. Anfalle. Wien. klin. Wchnschr. IX. 52.

Karplus, J. P., Ueber asthenische Ophthalmoplegie. Jahrhh. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 330. 1897.

Kattwinkel, Die Aufhebung d. Würgreflexes u. ihre Bezieh. zur Hysterie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 549.

Kelly, Aloysius O. J., An initial report from the neurological laboratory of the Philadelphia policlinic. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 711. Nov.

Kelly, Aloysius O. J., Senile paraplegia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 717. Nov.

Knapp, Philip Coombs, The nature of neurasthenia and its relations to morbid fears and imperative ideas. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 17. p. 407. Oct. — Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 688. Oct.

Köster, Georg, Ein Beitrag zur Differentialdiagnose d. Erkrankungen d. Conus medullaris u. d. Cauda equina. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 431. 1897.

Köster, H., Ein Fall von Tetanie mit eigenthüml. Sektionsbefund. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 207.

Kohn, Siegmund, Ein casuist. Beitrag zur Kenntniss d. Gehirnlues. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 429.

Kojewnikoff, A., 2 Fälle von asthen. Bulbärparalyse. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 242.

Krause, Fedor, Die Neuralgie d. Trigeminus nebst d. Anatomie u. Physiologie d. Nerven. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XII u. 260 S. mit 2 Lichtdrucktafeln u. 50 Abbild. im Text. 10 Mk.

Krehl, L., Ueber wandernde Neuritis nach Verletzungen. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 391.

Krenberger, S., Psychische Taubheit. Wien. med. Presse XXXVII. 48. 49. 51.

Lahhé, Marcel, Les pseudo-pélades nerveuses. Gaz. des Hôp. 128.

Labbé, Marcel, 2 cas de gliome cérébral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 9. p. 702. Oct.

Laehr, M., Statist. Mittheilungen aus d. Poliklinik f. Nervenkranke (Geh. R. Prof. *Jolly*). Charité-Ann. XXI. p. 783.

Laehr, M., Zur Symptomatologie occipitaler Herderkrankungen. Charité-Ann. XXI. p. 790.

Langdon, F. W., Epilepsy and other convulsive diseases. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 803. Dec.

Lasserre, G., Note sur un cas de maladie de Morton. Gaz. des Hôp. 1. 1897.

Leick, Bruno, 4 Fälle von hyster. Lähmung d. untern Extremitäten b. Kindern. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 20.

Léopold-Lévi, De l'acromégalie. Arch. gén. p. 579. Nov.

Lévi, Léopold, Dyspragie cérébro-spinale et ichthyose. Revue neurol. IV. 24. p. 743.

Lloyd, James Hendrie, Unilateral sweating of the face. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 668. Oct.

Lloyd, James Hendrie, A case of diabetes insipidus with paralysis of the sixth nerve. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 778. Dec.

Loewenthal, S., Ueber d. elektr. Verhalten d. N. radialis b. Drucklähmungen. Neurol. Centr.-Bl. XV. 22.

Lothrop, Heward A., Tetany. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 21. p. 513. Nov.

Luzenberger, August von, Beitrag zur Aetiologie d. Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Centr.-Bl. XV. 22.

Mc Phedran, Alexander, Peripheral neuritis. Med. News LXIX. 18. p. 485. Oct.

Mackuen, G. Hudson, Speech defects. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 793. Dec.

Mann, Ludwig, Klin. u. anatom. Beiträge zur Lehre von d. spinalen Hemiplegie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. X. 1 u. 2. p. 1.

Mannaberg, Julius, Ueber Polyneuritis cerebralis saturnica. Wien. klin. Rundschau XI. 1. 2. 1897.

Marinesco, G., Sur une particularité de structure des cellules de la colonne de Clarke, et sur l'état de ces cellules dans le tabes simple et dans le tabes associé à la paralysie générale. Revue neurol. IV. 21. p. 633.

Marsocchi, S., e G. Antenini, Sopra un caso di acromegalia parziale. Rif. med. XIII. 15. 16. 1897.

Matavosovsky, S., Ueber hemipleg. Muskelstrophien. Ungar. med. Presse I. 10.

Mathieu, Albert, Neurasthénie et artério-sclérose. Gaz. des Hôp. 126.

Mignon, A., Abcès cérébral d'origine otique. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 61. Janv. 1897.

Milian, G., Epilepsie Bravais-Jacksonienne à type facial au cours d'une péricardite tuberculeuse; tubercule sous-cortical du cerveau droit au niveau du centre des mouvements de la face; tubercule de la pie-mère à la face inférieure et à la partie postérieure du lobe gauche du cervelet. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 775. Nov.

Möbius, P. J., Ueber d. Behandl. Nervenkranker. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43.

Möbius, Ueber Augenmuskelstörungen. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 22.

Möbius, Ueber Migräne. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 130.

Möbius, Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 129.

Monari, Alberto, Doppio tono nell'aorta addominale di origine nervosa. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 362.

Monro, T. K., Case of haematoma of the dura mater. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 419. Dec.

Morgan, W. Pringle, A case of congenital word blindness. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Moyer, Harold N., A case of paresthesia. Medicine II. 12. p. 994. Dec.

Muchin, N., Ein Beitrag zur Kenntniss d. toxischen spast. Spinalparalyse. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 443. 1897.

Murawieff, W., 2 Fälle von Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior (*Wernicke*). Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 3. 1897.

Murray, George R., Acromegaly with goître and exophthalmic goître. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 170. Febr. 1897.

Myles, Robert C., A case of otic brain abscess in a child 7 years old. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 304.

Napier, A., Case of intra-cranial tumour, with meningitis. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 372. Nov.

Newmark, Leo, A further contribution of the study of the family form of spastic paraplegia. Med. News LXX. 3. p. 76. Jan. 1897.

Nonne, Ueber pseudospast. Parese mit Tremor nach Trauma. Neurol. Centr.-Bl. XV. 21.

Onuf, B., A study of aphasia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 800. Dec.

Oppenheim, Hermann, Die Differentialdiagnose d. Hirnabscesse. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45. 46.

Oppenheim, H., Zum „Fall N.". Nebst Erwiderung von *E. Mendel*. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Oppenheim, H., u. R. Cassirer, Ein Beitrag zur Lehre von d. sogen. progress. neurot. Muskelatrophie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. X. 1 u. 2. p. 143.

Osler, William, The cerebral complications of Raynaud's disease. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 522. Nov.

Panegrossi, Giuseppe, Sclerodermia e gozzo associati a malattia di Parkinson; cura tiroidea. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 46.

Péchin, De la dyschromatopsie chez les hystériques. Revue neurol. IV. 22. p. 669. Nov.

Petrén, Karl, Några fall af astasi-abasi. Hygiea LVIII. 11. s. 515.

Pezzoli, C., Ein Fall von Erythromelalgie. Wien. klin. Wchnschr. IX. 53.

Pick, Friedel, Zur Diagnostik d. Sympathicuslähmung. Prag. med. Wchnschr. XXI. 48.

Pitres, A., et G. Carrière, Fait relatif à l'étude de la pathogénie des arthropathies et des fractures spontanées chez les tabétiques. Arch. clin. de Bord. V. 11. p. 483. Nov.

Pontoppidan, Knud, Retrograd Amnesi efter Suspension. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 50.

Preston, George J., Brown-Séquard's paralysis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 645. Oct.

Procopovici, Eudoxine, Ueber angeb. beiderseit. Abducens- u. Facialislähmung. Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 34.

Pugliesi, Giovanni, Un caso singolare di nevrosi vascolare accessienale. Gazz. degli Osped. XVII. 149.

Quincke, H., Ueber Meningitis serosa u. verwandte Zustände. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 149.

Ranschburg, P., Studien über das normale u. hyster. Bewusstsein. Jahrbb. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 262. 1897.

Rattray, J. M., A case of word blindness, the result of diseased cerebral vessels. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Redlich, E., Ueber einige toxische Erkrankungen d. Hinterstränge d. Rückenmarks. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 24.

Regnault, Félix, Dilatation de la fosse pituitaire sans acromégalie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 886. Nov.—Déc.

Remak, E., Ein Fall von typ. Mitbewegungen d. obern Extremität b. Aphasie. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 1897.

Remak, E., Progressive multiple lokalisirte Neuritis (Mononeuritis multiplex). Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Renterghem, A. W. van, Een bezoek aan *Liébault*. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 116.

Renterghem, A. W. von, *Liébault* et son école. Ztschr. f. Hypnotismus V. 1. p. 46. 1896; V. 2—4. p. 95. 1897.

Revilliod, L., Paralysie ourlienne. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 12. p. 752. Déc.

Ridley, J. Brooke, Cerebellar abscess following mastoid disease; death; necropsy. Lancet Jan. 9. 1897.

Robertson, Alex., A case of probable cerebral aneurysm. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 43. Jan. 1897.

Rohrbach, R., Ueber Gehirnerweichung nach isolirter Unterbindung d. Vena jugularis interna. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 811. 1897.

Romme, R., La tétanie chez les enfants. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 520. Nov. 1896. — Gaz. hebd. XLIV. 7. 1897.

Rosenblath, W., Ein Beitrag zur Pathologie d. Polyneuritis. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 311. 1897.

Rummo, G., Incertezze diagnostiche tra la convulsione isterica ed epilettica. Rif. med. XII. 293.

Rummo, G., Sindrome convulsiva isterica ed epilettica. Tipi convulsivi isterici non comuni. Rif. med. XIII. 1. 6. 1897.

Runeberg, Traumatisk pachymeningitis cervicalis hypertrophica. Finska läkaresällk. handl. XXXVIII. 12. s. 1060.

Sacchi, Mario, Di un caso non commune di polinevrite. Settimana med. L. 42.

Sachs, H., Aus d. Abtheilung f. Neurologie u. Psychiatrie d. 68. Versamml. deutscher Naturf. u. Aerzte in Frankfurt a. M. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. p. 73.

Salisbury, C. R., A case of fatal cerebral haemorrhage in a young adult. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Sarbó, Arthur, Neurolog. Beobachtungen: Fälle von peripher. Nervenlähmungen [Pester med.-chir. Presse XXXII. 42. 43]. Budapest. Buchdr. E. Boruth. 8. 12 S.

Sarbó, A., Ueber Tetanie. Ungar. med. Presse II. 2. 1897.

Savage, George H., On heredity in the neuroses. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Scheiber, S. H., Die Suspensionsmethode b. Nervenkrankheiten u. deren neuere Modifikationen. Ungar. med. Presse I. 8.

Schenk, Arthur, Klin. Untersuchungen d. Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie. Wien. med. Presse XXXVII. 45.

Schindler, C., Einige Bemerkungen zu d. Fall von Hämatomyelie von Dr. *Th. Benda*. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 47.

Schively, Mary Alice, Cerebral syphilis. Journ. of nerv. and mental Dis. XXI. 11. p. 735. Nov.

Schmid, Ergebniss einer Zählung d. Stotterer u. Stammler im Oberamt Brackenheim. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 52.

Schmidt, Heinrich, Ueber Ischias scoliotica. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Schütte, E., Ein Fall von Paramyoclonus multiplex b. einem Unfallkranken. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 1. 1897.

Schwartze, H., Otogener Cerebralabscess. Arch. f. Ohrenhkde. n. s. w. XLI. 3 u. 4. p. 207.

Schweinitz, G. E. de, Cases of monocular optic neuritis. Philad. Policlin. V. 50. p. 491. Dec.

Schwerdt, C., Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie u. Therapie d. Krankheit Enteroptose-Basedow, Myxödem-Sklerodermie. Jena 1897. Gust. Fischer. 8. 29 S. 1 Mk.

Sciamanna, Ezio, Nevrosi emicranico. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 89.

Sewill, J. Seeton, 2 cases of trigeminal neuralgia in trismus associated with loss of teeth. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Shaw, R. Hill, Ptosis produced by intracranial lipoma. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1828.

Siebenmann, F., Ueber d. centrale Hörbahn u. über ihre Schädigung durch Geschwülste d. Mittelhirns, speciell d. Vierhügelgegend u. d. Haube. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. p. 28.

Siebert, C., Ein Fall von Maladie des tics mit Athetosebewegungen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Sikkel Azn., A., Een geval van abscess der groote hersenen na otitis media. Nederl. Weekbl. II. 25.

Silbermark, M., Ein Fall von asthen. Bulbärparalyse (Typus *Erb-Goldflam*). Wien. klin. Rundschau X. 45. 46.

Silex, P., Ueber progressive Levatorlähmung. Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 20.

Sinkler, Wharton, Sporadic cretinism. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 795. Dec.

Skinner, W. W., The cure of sea sickness. New York med. Record L. 24. p. 875. Dec.

Smith, Alexander, Hysterical high temperature. Med. News LXIX. 25. p. 700. Dec.

Smith, W. Johnsen, A fatal case of spinal concussion; necropsy. Lancet Nov. 21.

Smyth, Thos. E., Heat apoplexy; hyperpyrexia, ice packing; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 75. 1897.

Sommer, W., Nervöse Veranlagung u. Schädeldeformation. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 686. 1897.

Souques, A., et G. Bonnus, Un cas de syndrome de Weber suivi d'autopsie. Revue neurol. IV. 22. p. 665. Nov.

Spaink, P. F., De eerste honderd gevallen der neurologische kliniek te Appeldoorn. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 203.

Spencer, Ralph R., Exophthalmic goitre treated by galvanism. Med. News LXIX. 22. p. 600. Nov.

Stembo, L., Ein Fall von sogen. Paramyoclonus mit Zwangserscheinungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44.

Stephan, Ein Fall von Sklerodaktylie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 52.

Stiller, B., Bemerkungen zur Wanderniere, zur Enteroptose u. Dyspepsie im Anschlusse an ein neurasthen. Phänomen. Ungar. med. Presse II. 1. 1897.

Strauss, Hermann, Ueber 2 gleichartige Fälle von rasch entstandener Ataxie mit Muskelsinnstörungen u. Fehlen d. Patellarreflexe. Charité-Ann. XXI. p. 354.

Strümpell, Adolf, Ueber Störungen des Wortgedächtnisses u. d. Verknüpfung der Vorstellungen b. einem Kranken mit rechtseit. Hemiplegie. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 397. 1897.

Strümpell, A. von, Zur Pathologie d. multiplen Sklerose. Neurol. Centr.-Bl. XV. 21.

Theoari, Gliome cérébral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 839. Nov.—Déc.

Thérèse, L., Anatomie pathologique et pathogénie de la paralysie infantile. Gaz. des Hôp. 9. 1897.

Thomas, Henry M., Alveolar sarcoma of the cerebellum. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 103. Nov.—Dec.

Thompson, W. Gilman, Hysterical fever. Med. News LXX. 1. p. 13. Jan. 1897.

Treitel, Ueber Hirnabscesse nach Stirnhöhleneiterung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Treitel, Ueber Hirnerkrankungen nach Naseneiterungen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51. p. 1139.

Turner, William Aldren, and Ashley W. Mackintosh, 3 cases of new growth with cavity formation in the spinal cord. Brain XIX. p. 301.

Upson, Henry S., Nerve disturbance from indigestion. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 776. Dec.

Vaonod, Théodore, La fatigue intellectuelle et

son influence sur la sensibilité cutanée. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 1. p. 21. Janv. 867.

Vespa, Beniamino, Un caso di emiplegia consecutiva a febbre malarica grave. Bull. de la Soc. Lancis. XVI. 2. p. 68.

Vires, L'association hystéro-tabétique. Gaz. des Hôp. 6. 1897.

Vogt, O., Die direkte psychol. Experimentalmethode in hypnot. Bewusstseinszuständen. Ztschr. f. Hypnotismus V. 1. p. 7. 1896; 2—4. p. 180. 1897.

Walton, G. L., The etiology of obstetrical paralysis. Boston. med. and surg. Journ. CXXXV. 26. p. 642. Dec.

Webber, S. G., Myelitis. A case in which the first symptoms appeared several weeks after the supposed cause. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 19. p. 469. Nov.

Weiss, Alfred, Zur Diagnose d. Meningitis. Prag. med. Wchnschr. XXI. 43—49.

Wellenbergh, Bijdrage tot de kennis der gecompliceerde epileptische toestanden. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 73.

Weller, W. M., Herpetic nerve disturbance. New York med. Record L. 18. p. 642. Oct.

West, Samuel, Case of tic douloureux resisting treatment by drugs; nerve strechning; great relief. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 80. 1897.

Wilbrand, Hermann, Ueber die Gesichtsfeldmessung am Dunkelperimeter. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. p. 41.

Williamson, R. T., On the symptomatology of gross lesions (tumours and abscesses) involving the praefrontal region of the brain. Brain XIX. p. 344.

Williamson, R. T., Remarks on prognosis in exophthalmic goître. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Wilmans, Traumat. Neurose u. gesunder Menschenverstand. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Wolff, Hans, Ein Fall von Hamiatrophia facialis progressiva. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

S. a. I. Hnatek. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Atlas, Bollinger, Cantani, Ceni, Conlon, Fleming, Hansen, Hering, Katzowsky, Lubarsch, Nittis, Regnault, Scarpatetti, Stier, Tirelli, Vorotynsky, Walsam. IV. 1. Seegelken, Strauss, Wilms. IV. 2. *Infektiöse Meningitis, Tetanus,* Dittmar, Mackey, Mays, Wells; 4. Hoeflmayr, Horrocks; 5. Burr, Israel, Rosenbach, Stiller; 6. Bonnus; 7. Miller; 9. Fraser, Gumpertz, Metcalf, Woodman; 10. Laehr, Rebreyend, Stoindler; 11. Elsner. V. 1. Corning, Milliken, Schoven; 2. a. *Hirnchirurgie,* Jonnesco; 2. b. Boyer, Henle, Kelly, Kirk, Kocher; 2. c. Engström; 2. d. Ferraton; 2. e. Chupin, Duplay, Ochsner, Péau, Pillet, Pitres, Robson, Tubby. VII. Byers, Edgar, Gibson, Lindfors, Pestalozza, Rhu. VIII. Braun, Kassowitz, Taylor, Turner. IX. Deventer, Dheur, Heller, Hess, Koenig, Kowalewsky, Mendel. X. Brünniche, Derschawin, Hosch, Issekutz, Lehmann, Velhagen. XI. Broca, Ebstein, Gowers, Hallock, Kuhn, Politzer, Pooley, Spira, Thomka, Woodward. XIII. 2. Dove, Lewy, Schindler; 3. Tirelli. XIV. 3. Hadley; 4. Bodon, Delius, Löwenfeld. XVI. Perry, von Schrenck. XVIII. Roll.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Allen, Chas. W., Some glycosuric dermatoses. Med. News LXIX. 17. p. 453. Oct.

Bianwald, P., Ein Fall von Hämophilie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.

Bondi, M., Die patholog.-anatom. Veränderungen d. Retina b. perniciöser Anämie. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft p. 83.

Bramwell, Byrom, On Addison's disease. Brit. med. Journ. Jan. 2. 9. 1897.

Bruhn-Fåhräus, M., Två fall af bothriocephalusanämi. Hygiea LVIII. 12. s. 561.

Brunner, Georges, Les résultats de la sérothérapie dans le traitement du cancer. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 726.

Buchanan, Robert J. M., Leukaemia, with special reference to the pathological histology of the blood and marrow, with additional note on cells of mixed granulation. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 242. Dec.

Chauffard, A., Dermo-fibromatose pigmentaire (ou neuro-fibromatose généralisée; mort par adénome des capsules surrénales et du pancréas. Gaz. des Hôp. 144.

Cornillon, Influence du traumatisme sur l'apparition de la goutte. Progrès méd. 3. S. V. 1. 1897.

Daggett, Henry J., A case of chyluria. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Despeignes, Nouvelle observation de cancer traité par les rayons de *Roentgen.* Lyon méd. LXXXIII. p. 550. Déc.

Diehalla, Gésa, Ueber d. Einfluss d. Hämoglobingehaltes u. d. Zahl d. Blutkörperchen auf d. specif. Gewicht d. Blutes b. Anämischen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 302.

Dreyfus-Brisac, Du diabète transitoire à répétition. Semaine méd. XVI. 57.

Dunlop, J. C., The dietetic value of fat in diabetes. Edinb. med. Journ. XLII. 5. p. 399. Nov.

Dutton, Thomas, The uric acid diathesis. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 114. 1897.

Epstein, Alois, Ueber katalept. Erscheinungen b. rhachit. Kindern. Prag. med. Wchnschr. XXI. 43. 44.

Finkelstein, H., Bacillus pyocyaneus u. hämorrhag. Diathese. Charité-Ann. XXI. p. 346.

Fraser, Thomas R., and Alexander Bruce, On a case of diabetic neuritis with a description of the post-mortem examination of the nerves and muscles. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. Appendix II.

Freyer, P. J., The uric acid diathesis. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1853.

Gemmell, William, A case of paroxysmal haemoglobinuria. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 431.

Gumperts, Karl, Ueber d. Beziehungen zwischen Diabetes mellitus u. Hysterie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Gumprecht, Alloxurkörper u. Leukocyten beim Leukämiker. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 20 u. 21.

Gumprecht, Leukocytenzerfall im Blute h. Leukämie u. schweren Anämien. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 523.

Hadra u. Oestreich, Operative Heilung eines Falles von Morbus Addisonii. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. p. 14. 1897.

Haig, Alexander, The uric acid diathesis. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1746. 1896. — Jan. 2. p. 49. 1897.

Hamilton, S., A case of land scurvy. Lancet Jan. 16. p. 170. 1897.

Harrison, Reginald, On the treatment of some forms of albuminuria by acupuncture. New York med. Record L. 19. p. 661. Nov.

Hasse, Oscar, Zur Krebsheilung. Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 209.

Heubner, O., Bemerkungen über Rhachitis u. über einige Versuche, dies. mit Schilddrüsensaft zu behandeln. Charité-Ann. XXI. p. 310.

Hirschfeld, F., Beobachtungen über d. Acetonurie u. d. Coma diabeticum. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 212.

James, Alexander, The blood in diabetes mellitus. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 123.

Inglis, David, Practical points regarding albuminuria. Medicine II. 11. p. 909. Nov.

Isaac, G. Washington, A case of recurrent icteric haemoglobinuria. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Kahn, L. Z., 2 cas de diabète grave chez des jeunes sans urobiline. Arch. gén. p. 760. Déc.

Klemperer, G., Ueber regulator. Glykosurie u. renalen Diabetes (Diskussion). Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Lange, C., Bidrag til Urinsyrediatesens Klinik. Hosp.-Tid. 4. R. V. 1. 2. 3. 1897.

Leidy, Joseph, Note on infantile scurvy. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 18. p. 437. Oct.

Lévi, Charles, Purpura infectieux consécutif à une broncho-pneumonie chronique. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 16. Janv. 1897.

Lewis, Daniel, Notes on management of incurable cases of cancer. Med. News LXIX. 19. p. 513. Nov.

Loeb, M., Ueber d. Anfangstadium d. Diabetes mellitus. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 47.

Mackintosh, Malcolm, A case of pancreatic glycosuria. Lancet Oct. 24.

Martin, C. F., and G. H. Mathewson, Observations upon the relation between leukaemia and pseudoleukaemia. Brit. med. Journ. Dec. 5. 12.

May, Richard, Lävulosurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 279.

Mehrer, H., Ein Fall von hochgrad. allgem. Melanose b. melanot. Sarkom. Wien. med. Presse XXXVII. 44.

Metcalf, Harold, A case of myxoedema. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 8. p. 440. Oct.

Mongour, Ch., Du rôle de la dyspepsie dans la chlorose. Arch. clin. de Bord. V. 11. p. 500. Nov.

Osler, Case of Addison's disease. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 208. Nov.—Dec.

Ouchterlony, John A., Oxaluria. Amer. Pract. and News XXII. 7. p. 241. Oct.

Patek, Arthur J., Some diagnostic considerations of hematology. Med. News LXX. 1. p. 10. Jan. 1897.

Peake, F. Ernest, Case of arthritic purpura. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Rasch, C., Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 48. 49.

Rognault, Félix, Facies rachitique. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 513. Nov.

Richter, Paul Friedrich, Leukämie u. Erysipel. Charité-Ann. XXI. p. 299.

Robbins, Frederick W., Cases of haematuria. Med. News LXIX. 21. p. 582. Nov.

Russell, Wm. Barker, Rapidly fatal purpura haemorrhagica. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1827.

Ruttan, R. F., and J. G. Adami, Notes on the composition of blood serum in pernicious anaemia. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Schubert, Werden b. d. Behandlung d. Chlorose durch die neuerdings empfohlenen Mittel: Aderlass u. Schwitzkur bessere Resultate erzielt als durch Eisen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44.

von Starck, Ueber d. Bedeutung d. Milztumors b. Rhachitis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 265.

Steven, John Lindsay, Case of Addison's disease with dissection of the suprarenal capsules and related nervous structures. Glasgow med. Journ. XLII. 6. p. 454. Dec.

v. Stransky, Ueber einen Fall von Hydrothionurie. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 411.

Strümpell, A., Zur Aetiologie der alimentären Glykosurie u. d. Diabetes mellitus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46.

Tenbaum, Ernst, Ueber Kalkausscheidung durch d. Harn b. Diabetes. Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 379.

Thornton, Bertram, A case illustrating the rapid influence of dieting in glycosuria. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Tschistovitsch, N., Nouvelles recherches sur les leucocytoses. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 721.

Tschistowitsch, Th., Du rachitisme congénital. Arch. russes de Pathol. etc. II. 4. p. 614.

Watson, James Kenneth, The pathology of albumosuria and peptonuria. Lancet Jan. 16. 1897.

Wey, Hector van der, Beiträge zur Kenntniss d. Leukämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 287.

Wilson, Horace, Diabetes in a young child. Lancet Nov. 14. p. 1376.

Windell, J. T., Phosphaturia. Amer. Pract. and News XXII. 12. p. 450. Dec.

Woodman, John, Myxoedema. A case treated by thyroid extract. New York med. Record L. 18. p. 613. Oct.

Zenoni, Costanzo, Richerche cliniche sull' affaticamento muscolare dei diabetici. Policlinico III. 22. p. 538.

S. a. I. Brault, Creighton, Dunlop, Köbner, Kovács, Patella, Pavy, Seelig, Scanzoni, Seegen, Zuntz. III. Bratson, Haack, Pavy, Regnault. IV. 2. Ley, Macarthur; 4. Smith; 5. Chvostek, Horrocks; 6. Faitout; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit*, Cassel, Lloyd, Schwerdt. V. 1. Linser; 2. e. Jacchelli. IX. Mendel. X. Hansell, Schweinitz. XIII. 2. Brackmann, Casati, Israel, Straub. XIV. 1. Keller.

10) *Hautkrankheiten.*

Ashmead, Albert S., Leprosy in Brazil. Med. News LXIX. 18. p. 493. Oct.

Andry, Ch., Allgem. Tuberkulose u. Elephantiasis. Dermatitis ekzematösen (seborrhoischen) Ursprungs. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 477.

Andry, Ch., Sur un cas de mélanodermie arsénicale de la peau et des muqueuses d'origine médicamenteuse. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VII. 12. p. 1415.

Bannerman, G. Gilbert, Naevus pigmentosus. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Barclay, J., Thyroid extract in lupus. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Beck, Cornel, Beiträge zur Kenntniss d. Molluscum contagiosum. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 167.

Bergmann, Adolf von, Die Lepra. [Deutsche Chir. Lief. 10b.] Stuttgart 1897. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 112 S. mit 7 Tafeln. 6 Mk.

Blaschko, Die Lepra im Kreise Memel. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 592.

Brieger, Klin. Beobachtungen an 2 Leprösen. Berl. klin. Wchnschr. XXXVII. 50.

Brocq, Quelques remarques sur le traitement des alopécies. Bull. de Thér. CXXXI. 9. p. 414. Nov. 15.

Bruhns, C., Zur Aetiologie d. Trichorrhexis nodosa. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 43. 1897.

Bulkley, L. Duncan, On the restriction of meat in the treatment of psoriasis. New York med. Record LI. 2. p. 41. Jan. 1897.

Cailland, Módéric, Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 1. Janv. 1897.

Cantrall, J. Abbott, 2 cases of favus in American subjects. Philad. Policlin. V. 46. p. 456. Nov.

Carrier, Albert E., Dermatitis herpetiformis. New York med. Record LI. 1. p. 9. Jan. 1897.

Casper, Robert J., 2 cases of dermatitis venenata produced by wearing fur. Lancet Dec. 12. p. 1677.

Casteret, Altération des ongles d'origine inconnue (décollement spontané). Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VII. 12. p. 1419.

Chauffard, A., Dermo-fibromatose pigmentaire (ou neurofibromatose généralisée); mort par adénome des capsules surrénales et du pancréas. Gaz. des Hôp. 142.

Corlott, William Thomas, Weitere Untersuchungen über Dermatitis hiemalis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 531.

Courmont, Paul, Etude clinique et expérimentale sur quelques types nouveaux de teignes exotiques. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 699. Nov.

Crooker, H. Radcliffe, A case of dermatitis from *Roentgen* rays. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Darier, J., Pseudoxanthoma elasticum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 12. p. 609.

Dermatologencongress, internationaler. Wien. med. Presse XXXVII. 44.

De Wannomaeker, Pathologie et traitement du prurit. Belg. méd. III. 45. p. 577.

Dreysel, Max, Ueber einen ungewöhnl. Fall von Lichen ruber planus mit Arsen-Nebenwirkungen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 33. 1897.

Drury, Henry C., Dermatitis caused by *Roentgen* X rays. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Dubreuilh, W., Des hyperkératoses circonscrites. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VII. 10. p. 1158.

Dubreuilh, W., u. D. Fréche, Pseudo-Alopecie u. Trichophytiasis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 536.

Eccles, Seymour; Joseph Crisp; P. O. Watkin Browne; Walter C. Afford, The occurrence of zona below the knee. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Egbert, J. Hobart, An interesting case of urticaria universalis. Philad. Policlin. V. 51. p. 503. Dec.

Elschnig, A., Demonstration eines Falles von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex. [Sep.-Abdr. a. d. Verh. d. V. deutschen Dermatologencongress.] Wien. Braumüller. 8. 4 S.

English, W. T., Leprosy. Med. News LXIX. 19. p. 519. Nov.

Evans, H. Muir, The pathology of rodent ulcer. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1710.

Féré, Ch., Note sur un cas de canitie rapide. Progrès méd. 3. S. V. 4. 1897.

Freeman, W. T., Notes on ringworm of the scalp. Lancet Oct. 31.

Friedrich, E. P., Pachydermie in Anschluss an habituelles Gesichtserysipel. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Galewsky, E., u. A. Schloesmann, Ueber Naevus linearis. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 85.

Gémy et H. Vincent, Sur un nouveau cas de pied de Madura. Ann. de Dermatol. et de la Syphiligr. VII. 11. p. 1253.

Gerstenberg, Zur Pathologie d. Ichthyosis congenita. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 263.

Graf, Ein Fall von Xeroderma pigmentosum. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 172. 1897.

Grasset, Un „homme momie". Sclérodermie généralisée congénitale. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 5. p. 257. Sept.—Oct.

Grossmann, Karl, On the causation of leprosy and the extent of its occurrence in Europe. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Hammer, Ueber Lepra. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 155.

Havelburg, W., Einige Bemerkungen zur Lepra, nach Erfahrungen in d. Lepra-Hospital zu Rio de Janeiro. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46.

Hutchinson, J., a) On the nature of keloid of scars. — b) On the nature of yawe. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 5. 9. Jan. 1897.

Hutchinson, Jonathan, On the present position of the leprosy problem. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 121. Febr. 1897.

Joseph, Max, Beiträge zur Anatomie d. Lichen ruber (planus, acuminatus u. verrucosus). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 3. 1897.

Isserson, S., Ein Fall von schwerem Quecksilberexanthem. Boln. gas. Botk. 19. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 10.

Kaarsberg, Hans, Drånagen ved Lupus nasi. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 44.

Koch, Franz, Beitrag zur Lehre vom akuten erythematösen Lupus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 39.

Kopp, Karl, Ueber einen Fall multipler Angiombildung. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 69. 1897.

Laehr, M., Lupus u. Syringomyelie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 3. 1897.

Ledermann, R., u. Ratkowski, Die mikroskop. Technik im Dienste d. Dermatologie. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 187.

Leggo, G. A., A case of recurring eczema. Lancet Dec. 5.

Legrain, E., Note sur un nouveau cas de pied de Madura observé en Algérie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 47. p. 753. Déc. 1.

Liebersohn, E., Ueber d. Behandlung d. Acnepusteln u. Comedonen. Eshened. 20. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Lukasiewicz, Ueber d. 1. u. 2. Stadium d. Alibert'schen Dermatose (Mycosis fungoides). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 141.

Mahon, R. B., On the occurrence of zona below the knee. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Maitland, C. B., Leprosy treated by thyroid gland. Lancet Oct. 31.

Metzlar, C., Schildklier-therapie bij lupus vulgaris. Nederl. Weekbl. II. 19.

Mitchell, William, Elephantiasis of forearm from eczema. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 16. 1897.

Montgomery, Douglas W., Eruption from mercury. Med. News LXIX. 21. p. 574. Nov.

Moynihan, B. G. A., A case of tuberculosis verrucosa cutis (*Riehl* and *Paltauf's* disease). Brit. med. Journ. Jan. 9. 1897.

Müller, Georg J., Grundlinien d. Hauttherapie mittels medikamentösen Seifen. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 549.

Nacciarone, Ugo, Contributo batteriologico e clinico allo studio dell'actinomicosi cutanea. Rif. med. XII. 281.

Perrin, L., Contagiosität u. Uebertragbarkeit des Eczema seborrhoicum der Leistengegend. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 535.

Petersen, O., Ueber d. Grundlage d. Ekzembehandlung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 45.

Peterson, Constantin, Ett fall af scleroderma diffusum. Upsala läkarefören förh. N. F. II. 2 och 3. s. 138. 1897.

Priestley, James, A case of acute pemphigus. Lancet Oct. 31.

Proudfoot, Frank C., Thyroid treatment of lupus. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 18. 1897.

Purdon, H. S., The thyroid treatment of psoriasis. Dubl. Journ. CII. p. 379. Nov.

Purdon, H. S., Oil-rubbing in dermatological practice. Dubl. Journ. CIII. p. 39. Jan. 1897.

Rasch, Chr., Ein Fall von monströser Elephantiasis aus d. Tropen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49.

Rebroyond et Lombard, Psoriasis et zona. Progrès méd. 3. S. IV. 49.

Riehl, Gustav, Lymphendothelioma cutis multiplex. Wien. klin. Wchnschr. IX. 46.

Robinson, A. R., The higher aims of dermatology. New York med. Record L. 20. p. 706. Nov.

Sabouraud, R., Ueber Trichophytiasis u. Herpes tonsurans, hervorgerufen durch d. Microsporon *Gruby*. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 11. p. 576.

Scheube, Bodo, Bemerkung zu *Rasch's* Aufsatze: „ein Fall von monströser Elephantiasis aus den

Tropen in Nr. 49 d. Wchnschr.[*]. Berl. klin. Wchnschr. XXIV. 1. 1897.

Schischa, Adolf, Zur Therapie einiger parasitärer Hauterkrankungen. [Mittheil. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark. Nr. 9.] 8. 6 S.

Schütz, Josef, Mittheilung über eine neue Behandlungsweise d. Lupus erythematosus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 73. 1897.

Secchi, T., Das Vorkommen von Blastomyceten b. d. Keloidacne. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 509.

Selenow, J., Die Bedeutung d. Dermatologie auf d. Gebiete d. med. Wissenschaft. Eshened. 18. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Spiegel, Adolf, Eine seltene, einer generalisirten Folliculitie ähnl. Hauterkrankung. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 12. p. 617.

Stadler, Zur Aetiologie u. Behandl. d. Trichorrhexis nodosa. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 48.

Steele, Ernest A. T., A case of acute spreading gangrene treated with antistreptococcic serum. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Steindler, Leo, Alopecie totalis neurotica. Wien. klin. Wchschr. IX. 18.

Tandler, Gustav, Ueber Pityriasis rosea (*Gibert*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 127.

Tibbles, William, Massage in skin diseases. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 79. 1897.

Török, Louis, Quelques remarques sur la signification des lésions eczémateuses et sur les réactions générales de la peau. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VII. 12. p. 1307.

Vaughan, Alfred C., Extensive herpes involving mucous membrane. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 203. 1897.

Vulpian, Louis André, Des mélanodermies. Gaz. hebd. XLIV. 5. 1897.

Zarubin, Valentin, Zur Frage d. Behandl. d. Hautkrankheiten mit Schilddrüsenpräparaten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 3. p. 421.

S. a. I. Arloing. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Mibelli, Palagatti, Pollitzer, Unna, Waelsch. IV. 2. Boltz, D'Urso, Leichtenstern, Levi, Macarthur; 8. Bozzolo, Erich, Fraenkel, Labbé, Lévi, Schwerdt, Wellor; 9. Allan, Lévi, Peake, Rasch, Russell; 11. Fournier, Jolly. V. 1. Arloing, Benson, Pollack, Stoker, Sullivan, Tschmarke; 2. a. Finny. VI. Heil. XIII. 1. Schiff; 2. Betz, Ehrmann, Maclennan, Örbäk, Schamberg. XIV. 3. Lévy. XV. Riether. XX. Porter.

11) *Venerische Krankheiten.*

Abramowitsch, A., Die Behandlung d. Trippers durch innerliche Mittel. Eshened. 12. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Anderson, M'Call, 2 cases of syphilitic disease of the nose, presenting almost identical characters, the one treated with anti-syphilitic serum, the other with iodide of potassium and calomel ointment. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 406. Dec.

D'Aulnay, Richard, De la gonococcose, gonococcite et gonococcie. [Revue internat. de Méd. et de Chir. Déc. 10. 25.] Clermont (Oise). Impr. Daix frères. 8. 32 pp.

Coggeshall, Frederick, A case of syphilis of the heart. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 24. p. 590. Dec.

Cohn, Michael, Eine ungewöhnl. Form d. angeb. Lebersyphilis. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 468.

Drozda, Marasmus eximius e lue hereditaria; Lues hepatis; Tod. Wien. med. Presse XXXVII. 45.

Drysdale, Charles R., The treatment of syphilis. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1415.

Elsner, Hans, Hydrocephalus u. angeb. Syphilis. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 457.

Finger, E., Die Therapie d. akuten Blennorrhöe d. Harnröhre. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 44—47.

Finger, E., Der Gonococcus u. d. öffentl. Prophylaxe d. Gonorrhöe. Wien. klin. Wchnschr. X. 3. 1897.

Fournier, Alfred, Roséoles syphilitiques à récidives multiples. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VII. 10. p. 1141.

Gennes et Griffon, Syphilis tértiaire de larynx, gomme non ouverte du cricoïde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 773. Nov.

Heller, Beiträge zur Lehre von d. Dactylitis syphilitica. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 537.

Herxheimer, Karl, Ueber multiple subcutane Gummen im Frühstadium d. Syphilis, nebst Mittheilungen über d. diagnost. Werth d. miliaren Tuberkels. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 3. p. 379.

Hitschmann, Richard, Ein Fall von luet. Primäraffekt d. Conjunctiva. Wien. klin. Wchnschr. IX. 52.

Hogner, Richard, Ett par observanda vid användande af *Janet's* metod. Eira XX. 23.

Jessner, Die chronisch intermittirende Syphilisbehandlung u. ihre Gegner. Therap. Monatsh. X. 11. p. 592.

Jolly, J., Purpura hémorrhagique chez un nouveau-né syphilitique; hémorrhagies gastro-intestinales; autopsie; ulcération de l'intestin grêle. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 517. Nov.

Klotz, Hermann G., Dürfen Syphilitische heirathen? New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 11. p. 419. Nov.

König, F., Ueber gonorrhoische Gelenkentzündung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47. 50. 1896. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 4. p. 39. 82. 1897.

Labbé, Marcel, Syphilis héréditaire chez un nourrisson; exostoses symmétriques des fémurs; pseudoparalyse. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 585. Juillet.

Lang, Eduard, Die Bedeutung d. präventiven Therapie b. Syphilis. Wien. klin. Rundschau XI. 1. 1897.

Lassar, O., Ueber d. Dauer d. Contagiosität d. Syphilis. Dermatol. Ztschr. VII. 5 u. 6. p. 533.

Lenz, J., Syphilis insontium. Wien. klin. Rundschau X. 44.

Lindholm, Alfred, Ett fall af gonorrheisk cystit. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 10. s. 791.

Lustgarten, S., Wann u. unter welchen Bedingungen dürfen Syphilitische heirathen? New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 11. p. 431. Nov.

Mc Cann, Frederick, The aetiology of gonorrhoea. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 225.

Mc Cann, F. J., Gonorrhoeal peritonitis. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1774.

Malling, C., Et Hjälpemiddel ved Behandlingen af den kroniske Gonorrhé. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 50.

Neisser, A., Bäderbehandlung b. Syphilis. Ztschr. f. prakt. Aerzte I. 24.

Neumann, Zur Aetiologie der Syphilis maligna. Wien. med. Presse XXXVIII. 5. 1897.

Notthaft, Albrecht v., Ueber einen Fall von abnorm später Entwickelung d. Blennorrhöe. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 1. p. 22. 1897.

Perry, J. Clifford, The etiology and treatment of venereal buboes. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 571. Nov.

Phillips, Sidney, Syphilitic disease of the heart wall. Lancet Jan. 23. 1897.

Schulz, Ein Beitrag zur Behandlung luetischer Larynxstenosen. Charité-Ann. XXI. p. 198.

Shaw-Mackenzie, John A., Syphilis in married women. Lancet Dec. 5.

Vollmer, E., Syphilis u. Soolbäder. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 11. p. 557.

Ward, Arthur H., The primary lesion of syphilis. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Welander, Edvard, Klin. Studien über Nierenaffektionen bei Syphilis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. 3. p. 91. 323.

Wermann, Ueber Syphilis. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 52.

Werner, Ueber Luestherapie. Var.-Bl. d. pfälz. Aerzte XII. 11. p. 223.

Wertheim, E., Zur Frankfurter Gonorrhöe-Debatte. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 48.

Zaroubine, Valentin, Le réflexe tendineux du genou dans la syphilis. Progrès méd. 3. S. IV. 51. 52. 1896. V. 1. 1897.

S. a. III. Genersich, Heiman, Hellor, Hijmans, Jundell, Touton. IV. 4. Ganersich, Gerhardt; 8. Adamkiewicz, Alzheimer, Anderson, Bechterew, Boettiger, Cioffari, Gasne, Harber, Hermanides, Kohn, Schively. V. 2. a. Forker, Morkel; 2. b. Stauh; 2. d. *Harnröhrenstriktur*, Grosglik. VI. Bumm, Döderlein, Gordon, Mandl, Veit, Wertheim. IX. Williams. X. Burchardt, Cargill, Chartres, Hansell, Highet, Kohlanok, Sym, Welander. XIII. 2. Assaky, Asselbergs, Balzar, Charpantier, Gallois, Glück, Hallopeau, Hotalling, Howald, Lane, Moore, Schicha, Warler. XV. Prostitution. XX. Zilz.

12) *Parasiten beim Menschen.*

Blanchard, R., Le Davainea madagascarensis à la Guyane. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 2. p. 34. Janv. 12. 1897.

Braislin, Wm. C., Ein Fall von lebenden Fliegenmaden im Ohre ohne vorausgegangene Eiterung. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 370.

Braun, M., Ein proliferirender Cysticercus u. die zugehörige Tänie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Chapelle, Albert de la, Tvenne nya fall af balantidium coli hos menniska. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1041.

Daniels, C., Taenia Demerariensis. Lancet Nov. 21.

Folkes, H. M., The Gusaoe worm and its treatment. New York med. Record LI. p. 50. Dec.

Galgey, Otho, On the prevalence of ankylostomiasis in St. Lucia and its treatment. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Gourvitch, Le balantidium coli dans le canal intestinal de l'homme. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 840.

Klain, E., Paramaecium coli and trichomonas in sewage. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1852.

Looss, A., Notizen zur Helminthologie Aegyptens. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 24.

Magalhães, Pedro S. da, Ein 2. Fall von Hymenolepis diminuta Rudolphi (Taenia flavopunctata Weinland) als menschl. Parasit in Brasilien beobachtet. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.

Manson, Patrick, Filariosis in Samoa. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Mühling, Paul, Beiträge zur Kenntniss einiger Trematoden. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Overton, Frank, 2 cases of tapeworm. New York med. Record L. 18. p. 641. Oct.

Rouget, J., Contribution à l'étude du trypanosome des mammifères. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 12. p. 716. Déc.

Schroeder, A. v., Bandwurmfinnen in Hechten. Eshened. 11. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

S. a. II. v. Linstow. IV. 5. Quervain, Sievers; 7. Thiéry; 9. Bruhn. V. 2. a. Beck; 2. c. Bókai, Bruns, Pasca, Rotgans, Tuffiar; 2. d. Winterberg. VI. Herman, Pasca, Veau. X. Hennicke, Issekutz, Pergens. XIII. 2. Lo Monaco.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Alapi, Heinrich, Zur Frage d. Sterilisation d. Katheter. Ungar. med. Presse II. 2. 1897.

Albert, E., Lehrbuch d. spec. Chirurgie. 5. Aufl. d. Lehrb. d. Chir. u. Operationslehre. 1. Band: d. Krankheiten d. Kopfes, Halses, d. Wirbelsäule, d. Brust u. d. Armes. Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 603 S. mit 317 Holzschn. 14 Mk.

Allardice, Wm. C., Some notes on 1400 cases of anaesthesia. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 435. Dec.

Amat, Ch., Traitement des ulcères variqueux. Bull. de Thér. CXXXI. 7. p. 320. Oct. 15.

Amputation s. V. 1. *Collins*; 2. d. *Davis*; 2. e. *Bonnet, Cabot, Clark, Patteson, Pitres.*

Arloing, Quelques remarques sur le traitement des brûlures. Gaz. hebd. XLIII. 88.

Ashhurst jr., John, Surgery before the days of anesthesia. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 16. p. 378. Oct. — Med. News LXIX. 16. p. 433. Oct.

Association française de chirurgie. Dixième congrès, Paris 19—24 oct. 1896. Revue de Chir. XVI. 2. p. 797. — Semaine méd. XVI. 55. — Gaz. hebd. XLIII. 84—87. 93. — Gaz. des Hôp. 121—125.

Beiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. Bruns.* XVII. 1. 2. 3. Tübingen. H. Laupp. 8. 828 S. mit 17 Tafeln. 24 Mk.

Bell, Robert, A modified chloroform inhaler. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1747.

Benson, J. B., The treatment of burns, granulating wounds, and skin-grafts by the antiseptic cage. Lancet Nov. 14.

Binaghi, Roberto, Sui corpi mobili articolari. Rif. med. XII. 263.

Bleicher, Martin, Non nocere! Wien. med. Presse XXXVIII. 2. 1897.

Braatz, Egbert, Allgemeinanästhesie u. Lokalanästhesie. [Berl. Klin. Heft 103.] Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. 25 S. 60 Pf.

Brausewetter, Ueber einen Fall von operativer Entfernung eines Glassplitters nach Photographie mit *Röntgen*-Strahlen. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 1. p. 24. 1897.

Cheever, David W., What has anesthesia done in surgery? Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 16. p. 381. Oct.

Classen, A., Die neue Form antisept. Wundbehandlung von Dr. *C. L. Schleich* in Berlin. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Collins, W. J., Amputation statistics at the London temperance hospital. Lancet Jan. 9. 1897.

Congresso della Società italiana di Chirurgia. Gazz. degli Osped. XVII. 137.

Cornil, V., Sur les lésions des vaisseaux (artères et veines) et la formation des cicatrices, consécutivement à une ligature. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 46. p. 739. Nov. 24.

Corning, J. Leonard, The use of congealed oils to prevent the reunion of nerves after their subcutaneous division. New York med. Record L. 23. p. 809. Dec.

Coyon, Note sur un cas de pourriture d'hôpital. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 660. Nov.

Desguin, Léon, Sur 2 cas de greffe tendineuse opérés avec succès. Belg. méd. III. 32. p. 801.

Dipper, E., Ueber *Schleich's* Infiltrationsanästhesie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Eslor, A. W., An easy way to provide a window in a plaster splint. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 17. 1897.

Exner, Sigmund, Eine Vorrichtung zur Be-

stimmung von Lage u. Grösse eines Fremdkörpers mittels d. *Röntgen*-Strahlen. Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 1897.

Fowler, George R., The evolution of the surgery of the twentieth century. Med. News LXIX. 22. p. 602. Nov.

Frakturen s. IV. 8. *Pitres*. V. 1. *Haudek, Lewis, Roberts, Sorrentino*; 2. a. *Haynes, Macnecce, Riche, Sharman, Winkfield*; 2. b. *Kelly*; 2. c. *Cooper, Morestin*; 2. e. *Bailey, Bonnet, Bruce, Coulhon, Dagron, Darey, Kapelusch, Lee, Liermann, Lucas, Mintz, Morestin, Petersen, Ramsperger, Roberts, Taylor, Thomas, Vanhersecke, Vanverts, Walker, Watjoff, Williams*.

Fraser, R. M., Desinfection of the hands. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1416.

Fremdkörper s. III. *Denig*. IV. 3. *Pöch*; 4. *Bottomley*; 5. *Ayling, Hochenegg, Quervain, Rosenheim*. V. 1. *Brauseicetter, Exner*; 2. a. *Péan, Steffen, Thomas*; 2. c. *Fricker, Sainsbury*; 2. d. *Webber*; 2. e. *Breitenstein, Péraire, Wenzlik*. VI. *Godfrey, Seiffart*. X. *Dehenne, Hippel, Schmidt*. XI. *Downie, Gerauld, Hoffmann, Koch, Mc Cullogh*.

Garman, J. B., Stoppage of respiration during chloroform administration treated hy tracheotomy. Brit. med. Journ. Dec. 5. p. 1638.

Griffiths, Joseph, The varieties of ankylosis hy bone in different parts of the skeleton. Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 284. Dec.

Gubaroff, A. von, Ueber die Anfertigung eines billigen u. f. chirurg. Zwecke ausreichenden Nähmaterials. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 44.

Hall, J. N., A study of cicatrices with reference to right- and left-handedness and ambidexterity. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. p. 619. Dec.

Hartmann, H., Zur Kenntniss d. sekundär malignen Nourome. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 177.

Haudek, Max, Zur ambulanten Frakturbehandlung. Wien. klin. Rundschau XI. 3. 1897.

Hoffa, Albert, Atlas u. Grundriss d. Verbandlehre. [Lehmann's med. Handatlanten XIII.] München 1897. J. F. Lehmann. 8. XIII u. 119 S. mit 128 Tafeln. 7 Mk.

Huguet, J., Des diverses lésions produites chez l'homme par les projectiles des armes à feu de petit calibre. Gaz. des Hôp. 131. 134.

Kaczanowsky, Paul, Ein seltener Fall von congenitaler Blutcyste d. Halses u. d. Fossa axillaris. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 409.

Klaussner, Bericht d. kön. chirurg. Universitäts-Poliklinik zu München im J. 1896. Münchn. med. Wochnschr. XLIV. 3. 1897.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. III. *Bollinger, Jaffé, Regnault*; IV. 2. *Harris, Salmain, Taylor*; 3. *Godlee*; 7. *Miller, Potain, Verhoogen*; 8. *Cassel, Charcot, Dercum, Pitres*; 9. *Epstein, Heubner, Regnault, Tschistowitsch*; 11. *König*. V. 1. *Binaghi, Griffiths, Linser, Marsh, Pic, Poncet, Ritchie, Sano, Schnitzler, Senator, Swoboda, Young*; 2. a. *Arctander, Baumgärtner, Boross, Briau, Diller, Hinsdale, Katz, Langhoff, Lejars, Merkel, Meslay, Noble, Riche, Schwartze, Starck*; 2. b. *Bastianelli, Calot, Chipault, Dollinger, Henle, Judge, Miele, Oppenheim, Pamard, Punton, Regnault, Rhein, Schneller, Staub, Wachenhusen*; 2. c. *Albertin, Batigne, Bloom, Cabot, Crivelli, Duplay, Eliot, Hoffa, Hübscher, Jacobelli, Jagerink, Jardine, Le Même, Leriche, Mermet, Meslay, Morestin, O'Connor, Owen, Quénu, Riedinger, Tubby*. VI. *Hofmeier*. VII. *Leja*. XI. *Bussenius, Guranowski, Hartmann, Jark, Kipp, Pooley, Schwartze*. XII. *Fenthol*.

König, Die chirurg. Klinik d. Charité. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. 1897.

Leedham-Green, Chas., Disinfection of the hands. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1480.

Lewis, C. C., Compound fractures. Amer. Pract. and News XXII. 7. p. 255. Oct.

Lilienthal, Howard, The surgical treatment of tuberculosis. New York med. Record LI. 1. p. 3. Jan. 1897.

Linser, P., Beitrag zur Casuistik d. Blutergelenke. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 105.

Lossen, Hermann, Lehrbuch d. allgem. u. spec. Chirurgie. I. Band. Allgem. Chirurgie. 1. Theil. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. X u. 302 S. 8 Mk.

Luxationen s. V. 1. *Roberts*; 2. a. *Berg, Bolton, Bremken, Drehmann, Finkh, Graham, Kirkby, König, Roser, Rouflaix, Samosch, Senger, Smith, Struthers, Thorén, Turner, Young, Zenker*.

Mc Burney, Charles, The surgery of the future. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 16. p. 384. Oct.

Marsh, J. H., The treatment of acute traumatic serous synovitis hy elastic pressure. Lancet Nov. 7. p. 1305.

Martin, Edouard, Traitement des angiomes par l'électrolyse. Revne méd. de la Suisse rom. XVI. 11. p. 640. Nov.

Mehler, H., Ueber Infiltrationsanästhesie. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45. 46.

Melloni, Giuseppe, Un caso di cangrena nosocomiale guarito col siero d. *Behring*. Bull. de la Soc. Lancis. XVI. 2. p. 42.

Milliken, Samuel E., Supplementary note on tendon grafting and muscle transplantation for deformities following infantile paralysie. New York med. Record L. 22. p. 771. Nov.

Morris, Henry, The effect of the *Roentgen* rays on urinary and biliary calculs. Lancet Nov. 14.

Mosetig von Moorhof, R., Non nocere. Wien. med. Presse XXXVII. 50.

Müller, Ernst, Zur Behandlung d. Frostbeulen. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 52.

Oppler, Paul, Zur Sterilisation elast. Katheter mittels Formaldehyddämpfen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44.

Oehlkers, F., Die ausserklin. Behandl. d. Hiebwunden, mit besond. Berücksicht. d. Mensurverletzungen. Würzburg. A. Stubers Verl. Gr. 8. 35 S. mit 2 Tafeln. 1 Mk. 60 Pf.

Ottinger, W., Zur Behandlung d. Insektenstiche. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49.

Patterson, R. Glasgow, Surgical cleanliness and the surgical handicraft. Dubl. Journ. CII. p. 434. Nov.

Pic, Maladie osseuse de Paget. Lyon méd. LXXXIII. p. 415. Nov.

Pollack, B. S., Burns, their treatment and complications. Philad. Policlin. V. 43. p. 424. Oct.

Poncet, Sur l'ostéomyélite larvée. Lyon méd. LXXXIII. p. 409. Nov.

Poppert, Peter, Ueber Eiterung durch keimfreios Catgut. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48.

Potan, Wilhelm, Die chirurg. Asepsis d. Hände. Berlin 1897. 8. Karger. 8. 47 S. 1 Mk.

Reichel, Paul, Lehrbuch der Nachbehandlung nach Operationen. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. XVI u. 485 S. mit 44 Abbild. im Text. 8 Mk. 40 Pf.

Reinecke, Karl, Untersuchungs- u. Massage-Sopha, gleichzeitig verstellbar als Untersuchungstisch, resp. Untersuchungsstuhl. Therap. Monatsh. X. 11. p. 605. 1896. — Aerztl. Polytechn. 1. 1897.

Richardson, Maurice H., The practical value of the *Roentgen* ray in the routine work of surgical office practice. Med. News LXIX. 25. 26. p. 685. 719. Dec.

Ritchie, James, and James Purves Stuart, General secondary carcinoma of the bones, osteomalacia carcinomatosa. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 253.

Roberts, John B., The perfect surgical needle. Philad. Policlin. V. 44. p. 431. Oct.

Roberts, John B., Exploratory incision in the treatment of closed fractures and dislocations. Med. News. LXX. 3. p. 73. Jan. 1897.

Robinson, William J., The method of infiltration

anesthesia. New York med. Record LI. 2. p. 44. Jan. 1897.

Römar, R., Infiltraticanaesthesie. Nederl. Weekbl. II. 22.

Roth, Felix N., Treatment of serious open wounds in malarial districts in West Africa. Lancet Nov. 28.

Rotmann, Ueber d. chirurg. Behandl. d. Hautwassersucht. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48. 49.

Ruge, Reinhold, Versuche mit d. *Schleich*'schen Lokalanästhesie u. d. *Schleich*'schen Narkosengemisch. Charité-Ann. XXI. p. 850.

Russell, W. W., Malarial infection as a source of error in surgical diagnosis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68. 69. p. 204. Nov.—Dec.

Salswedel, Weitere Mittheilungen über dauernde Spiritusverbände. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46. 47.

Sano, Fritz, Exostosis luxurians. Belg. méd. III. 50. p. 737.

Savidge, Eugene Coleman, The judging of comparative results in the surgical arena. New York med. Record L. 24. p. 875. Dec.

Schachner, August, The improved surgical bed. Ann. of Surg. Nov.

Schaeffer, Oskar, Ueber d. Verwerthung d. nicht drainirenden Nähseide. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 46.

Schaeffer, R., Zur Frage d. Catgutsterilisation. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.

Scheller, 3 Fälle von Geschwulstbildung. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 11. p. 465.

Scheven, O., Zur Kenntniss d. sekundär malignen Neurome. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 157.

Schnitzler, Julius, Ueber d. Auftreten multipler Gelenkschwellungen während d. Resorption eines intraartikulären Hämatoms. Wien. klin. Rundschau XI. 1. 1897.

Schou, Jens, *Schleich's* Infiltrationsanästhesie. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 5. 1897.

Senator, H., Ueber intermittirende Gelenkwassersucht. Charité-Ann. XXI. p. 224.

Sorrentino, Francesco, Alcune considerazioni su 36 casi di sutura ossea. Rif. med. XIII. 3. 4. 5. 1897.

Stern, R., Trauma u. Infektion. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 19.

Stoker, George, The treatment of burns, granulating wounds and skin-grafts by the antiseptic cage. Lancet Nov. 21. p. 1492.

Sullivan, D. F., Skin grafting of an infant 10 days old. New York med. Record LI. 2. p. 48. Jan. 1897.

Swoboda, Norbert, Ueber Osteomyelitis im Säuglingsalter. Wien. klin. Wchnschr. X. 4. 1897.

Tait, Lawson, An acoustic bladder sound and vaginal stethoscope. Lancet Nov. 28. p. 1558.

Thayer, F. C., Gauze as a means of drainage. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 19. p. 464. Nov.

Thomson, William, On some surprises and mistakes [in surgical cases]. Brit. med. Journ. Nov. 28. — Lancet Nov. 28. — Dubl. Journ. CII. p. 475. Dec.

Tilmann, O., Bericht über d. chir. Klinik d. Geh. O.-Med.-R. Prof. Dr. *v. Bardeleben* f. d. Zeit vom 1. April 1894 bis 30. Nov. 1895. Charité-Ann. XXI. p. 402.

Tschmarke, Paul, Ueber Verbrennungen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 346.

Wachsmann, S., Heftklammern f. Wunden. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45.

Wagner, Paul, Ueber die Verwendbarkeit der *Röntgen*'schen Strahlen f. med.-chirurg. Zwecke. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 198.

Wilson, J. T., Mental complications followed surgical operations. Med. News LXX. 2. p. 47. Jan. 1897.

Young, James, A case of leontiasis ossea. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Zajontschowski, A. von, Bakteriolog. Untersuchungen über d. Silbergaze nach Dr. *B. Credé*. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 3. 1897.

S. a. II. Lane. III. Ajello. IV. 2. *Tetanus*; 5. Kiefer; S. *Traumat. Neurosen*, Buol, Krehl, Nonne; 9. Cornillon. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica*, Beauxis, Foote, Stoker, Thomalla; 3. Garceau, Maclennan, Pinkhoff, Proudfoot, Solomon, Tusseau. XIV. 3. Echeverria. XVI. Gronhel. XVII. Pareão. XIX. Foster, Norrie, Welch, Winckel. XX. Fuhr.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Adams, John L., A case of thrombosis of the lateral sinus with recovery after operation. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 275.

Anderson, William, 3 cases illustrating the technique of the plastic surgery of the face. Lancet Oct. 31. p. 1222.

Arctander, H., Akut Osteomyelitis i Overkäben. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 53.

Bacon, Gorham, A case of brain abscess secondary to chronic suppurative otitis media and presenting unusual symptoms; operation; recovery. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 298.

Bacon, Gorham, A case of acute otitis media followed by an abscess in the temporo-sphenoidal lobe; operation; death from shock. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 320.

Baumgärtner, H., Ueber d. wahre Ankylose d. Kiefergelenks u. ihre operative Behandlung. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 185.

Bayer, J., Zur primären Trepanation bei Schussverletzungen d. Schädels. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 717. 1897.

Bazin, L., et Th. Logousat, Blessure de la face par coup de feu à blanc. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 48. Janv. 1897.

Beck, Felix, Bemerkungen zu den Fällen von Echinococcus colli. Ungar. med. Presse I. 11.

Binder, Carl, Ueber 40 Fälle von Zungencarcinom, ihre Behandl. u. Endresultate. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 253.

Blake, Clarence J., The use of the drill in mastoid operations. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 356.

Bókay, Joh., Die Intubation als unterstützendes Verfahren b. d. Tracheotomie. Ungar. med. Presse II. 2. 1897.

Boross, Ernst, Ein Fall von Kieferklemme (Ankylosis vera mandibulae). Ungar. med. Presse II. 1. 1897.

Borsuk, Marian, u. Adam Wisel, Ein Fall traumat. Blutextravasats in d. weisse Gehirnsubstanz mit darauf folgender Aphasie, Hemiparese u. Jackson'scher Epilepsie, auf chirurg. Wege geheilt. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 207. 1897.

Briau, Actinomycose chronique [de la joue]. Lyon méd. LXXXIII. p. 481. Déc.

Briggs, F. M., The treatment of cervical adenitis. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 561. Dec.

Brill, N. E., The status of operative procedure as a remedial agent for epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 664. Oct.

Broca, A., Trépanation pour abcès du cerveau d'origine otique. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 594. Déc.

Brondgeest, P. Q., Over lupus laryngis en zijn chirurgische behandeling. Nederl. Weekbl. II. 22.

Burton, S. H., A case of death from haemorrhage following operation for tongue-tie; necropsy. Lancet Jan. 23. p. 241. 1897.

Castex, A., De la rhinotomie transversale inférieure. Gaz. des Hôp. 131.

Chipault, A., Du traitement de certaines névralgies rebelles par la résection intradurale des racines postérieures. Gaz. des Hôp. 8. 1897.

Choux, Ch., Contribution à l'étude des plaies péné-

trantes du crâne par armes piquantes. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 379. Déc.

Clopatt, Arthur, Om akut retrofaryngealabscess hos barn. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 918.

Cawiklitaer, K., Ueber den heutigen Stand der Resektion u. Exstirpation d. Kehlkopfs wegen maligner Tumoren. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 447.

David, Max, Ueber d. histolog. Befunde nach Replantation trepanirter Knochenstücke des Schädels. Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 740.

Dench, Edward B., Thrombosis of the lateral sinus following suppurative otitis media; operation; cure. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 270.

Dench, Edward B., Otitic meningitis; operation; cure. Transact. of the Amer. otol. Sc. VI. 3. p. 315.

De Paoli, Guglielmo, Asportazione di gozzo parenchimatoso in gestante. Rif. med. XII. 282.

Diller, Theodore, A case of hyperostosis cranii. Med. News LXIX. 17. p. 466. Oct.

Dubujadoux, A., Autoplastie secondaire dans un cas de plaie contuse du crâne avec dénudation des os. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 407. Déc.

Eulenstein, H., Mittheilung eines durch Excision d. thrombosirten V. jug. int. geheilten Falles von otit. Pyämie. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 347.

Fawssett, Rupert, A case of goître treated with thyroid tabloids; marked improvement. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 18. 1897.

Finny, W. E. St. Lawrence, Rhinoplastic surgery after lupus. Brit. med. Journ. Dec. 5. p. 1638.

Föderl, Oskar, Zur Resektion u. Naht d. Trachea. Wien. klin. Wchnschr. IX. 53.

Forchhammer, C., Trakeotomi og Fonetik. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 51.

Forker, F. L., Plastic operation for malformation of nose caused by syphilis. New York med. Record L. 20. p. 719. Nov.

Frank, Louis, and P. Guntermann, Cystic carcinoma of the thyreoid. Medicine III. 1. p. 33. Jan. 1897.

Fridenberg, Edward, Latent mastoid disease. Med. News LXIX. 17. p. 457. Oct.

Gibson. G. A., Remarks on the results of surgical measnres in a series of cerebral cases. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 27.

Gordon, William, Treatment of a case of adult hydrocephalus by supra-tentorial and subtentorial operations. Lancet Jan. 9. 1897.

Gorie, La chirurgie du cancer de la langue au début. Presse méd. Belge XLVIII. 44.

Grunert, Carl, Ein Beitrag zur operativen Behandl. d. otogenen Hirnabscesses. Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 52.

Hahl, G., Ueber Verbände u. Prothesen nach Resektionen am Unterkiefer. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. p. 1056.

Haynes, H. E., Trephining for fracture in a young child. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 203. 1897.

Hinsdale, Guy, Case of hyperostosis cranii. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 803. Dec.

Hoffmann, Richard, Ausgedehnte nicht inficirte Thrombose mehrerer Hirnsinus u. d. Jugularis in Folge einer Operationsverletzung d. Sinus transversus. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 17.

Horsley, Victor, On the physiology and pathology of the thyroid gland. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Ingianni, Giuseppe, Cisti de condotto tiroglosso, operata con successo. Gazz. degli Osped. XVII. 134.

Innes, Alexander, A case of Angina Ludovici. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1228.

Jonnesco, Thomas, Totale u. beiderseit. Resektion d. N. sympathicus cervicalis behufs Behandlung d. Morbus Basedowii u. d. Epilepsie. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 2. 1897.

Jonnesco, Thomas, et E. Juvara, Sur la résection du nerf maxillaire supérieur et du ganglion de Meckel. Arch. des Sc. méd. I. 5. p. 472. Sept.

Israel, Neue Methode d. Rhinoplastik aus d. Vorderarm. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46. Beil.

Katz, L., Ein Instrument, bestimmt f. d. Operation in d. Tiefe d. Schläfenbeins (Mastoidlöffel). Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Keim, G., et L. Dartigues, Abcès du cerveau par plaie par arme à feu; latence des symptômes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 633. Juillet—Oct.

Kelling, G., Abdrucksonde u. cachirte Schwammsonde f. d. Speiseröhre. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Knapp, Hermann, A case of acute purulent otitis media, in which marked symptoms of meningitis developed. The opening of the mastoid and cranial cavities was followed by prompt improvement and subsequenty recovery. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 290.

Knopf, Tiefe Halsphlegmone nach Scharlach mit Blutung aus d. Jugularvene u. Senkung zum Glutaeus. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 51.

König, F., Zur Deckung von Defekten in d. vorderen Trachealwand. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51.

Koutnik, Des tumeurs gazeuses du cou. Gaz. hebd. XLIII. 102.

Krogius, Ali, Tvenne med framgång opererade fall af otitisk sinusthrombos med allmän pyämi. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. p. 1023.

Lacrone, O. A., Subperiosteal squamomastoid abscess. Med. News LXX. 3. p. 82. Jan. 1897.

Laguaite, Ablation du ganglion Gasseri pour névralgie rebelle du trijumeau. Lyon méd. LXXXIII. p. 37[illegible] Nov.

Langgaard, Chr., Trakeotomi og Fonetik. Hosp.-Tid. 4. R. V. 1. 1897.

Landerer, A., Ueber Gehirnchirurgie. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 47.

Langhoff, Benedict, Akut Osteomyelitis i Overkäben. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 48.

Lejars, Félix, Sur un ostéome du maxillaire inférieur. Gaz. hebd. XLIII. 93.

Lichtwitz, L., Ein Fall von sogen. Bezold'scher Mastoideitis; Eröffnung d. Abscesses d. seitl. Halsgegend u. d. Antrum; Resektion d. Warzenfortsatzes. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 44.

Lindström, Erik, a) Cancer linguae et gland. region. submax.; resectio linguae. — b) Abscessus cerebri, trepanation. Hygiea LVIII. 10. s. 323. 324.

Löhr, Die Intubationen u. Tracheotomien auf d. Diphtherieabtheilung. Charité-Ann. XXI. p. 327.

Macneece, James G., Compound comminuted fracture of skull and other injuries; recovery. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1383.

Merkel, Johann, Ankylose des rechten Unterkiefergelenke in Folge von gummöser Neubildung der Parotis u. ihrer Umgebung. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 50.

Mermet, P., Adéno-épithéliome tubulé kystique de la parotide. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 7[illegible] Nov.

Mermet, P., et R. Lacour, Epithéliome tubulé du corps thyroïde; propagation laryngo-trachéale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 791. Nov.

Meslay, R., Note sur un sarcome à myéloplaxes de la mâchoire inférieure. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 824. Nov.—Déc.

Möller, Jörgen, Trakeotomi og Fonetik. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 47.

Monari, Umberto, Ein Fall von Resektion des Gasser'schen Ganglion. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 4[illegible]

Moty, Abcès de la région carotidienne; destruction de la veine jugulaire interne. Gaz. des Hôp. 141.

Negretto, Agosto, Asportazione totale della laringe per cancro; guarigione. Rif. med. XII. 268.

Negretto, Angelo, Trapanazione del cranio per epilessia traumatica; guarigione. Rif. med. XII. 270.

Newman, David, Remarks on the surgical treatment of malignant disease of the tonsil. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Noble, Samuel Clarke, A case of leontiasis ossea [of the nose]. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Oliver, Charles A., Description of a successful operation for blepharoplasty, embracing the outer halves of both the upper and the lower lids by a single split flap taken from the forehead, for epithelioma. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 83. Nov.

Pasca, Bonaventura, Un caso di sutura della giugulare interna. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 75.

Péan, Sur une oesophagotomie externe avec diagnostic radiographique, pour l'extraction d'une pièce de monnaie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 48. p. 778. Dec. 8.

Pearson, C. Yelverton, Successful operation for a case of pulsating tumour of the temporal region of 18 years standing. Dubl. Journ. CII. p. 484. Dec.

Penzo, Rodolfo, Un caso di emorragia traumatica intradurale; craniotomia e proposta di un nuovo metodo per la ricerca del solco del Rolando. Rif. med. XIII. 2. 1897.

Planchu, Trépanation pour un cas d'abcès cérébral consécutif à une sinusite frontale. Lyon méd. LXXXIII. p. 433. Nov.

Poncet, A., Enucléation massive des goitres. Bull. de l'Acad. XXXVII. 42. p. 507. Oct. 27.

Regnault, Félix, Pression du crâne dans l'hydrocéphalie et le rachitisme. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 716. Oct.

Renton, J. Crawford, a) Excision of half the tongue. — b) Cranial accidents. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 416. 417. Dec.

Riche, P., Fracture comminutive de la face dans un cas de minceur extrême des os. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 850. Nov.—Déc.

Sachs, B., and A. G. Gerster, The surgical treatment of focal epilepsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 652. Oct.

Schultze, Fr., Beitrag zur Diagnostik u. zur chirurg. Behandl. d. Gehirntumoren u. d. Jackson'schen Epilepsie. Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 217.

Schwartz, Ed., Suture du sinus latéral déchiré par l'extraction d'un fragment osseux enfoncé et nécrosé en partie par un coup de pied de cheval dans la région temporo-pariétale; guérison. Gaz. hebd. XLIII. 85. — Gaz. des Hôp. 139.

Schwartze, H., Cholesteatoma verum squamae ossis temporum. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 3 u. 4. p. 207.

Sharman, J. S., and D. d'Esterre, Compound depressed fracture of the skull; trephining; recovery. Lancet Nov. 21. p. 1456.

Sheild, A. M., A case of fractured larynx; tracheotomy; thyrotomy; recovery. Lancet Nov. 14. p. 1376.

Sinkler, Wharton, The uncertainty of cerebral localization with reference to the operation, especially in connection with growths in silent regions with invasion symptoms. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 796. Dec.

Starck, Hugo, Die Tuberkulose d. Unterkiefers. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 23.

Staffen, A., Beitrag zur Einheilung von Kugeln im Gehirn. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 401.

Stewart, W. R. H., A case of lateral sinus pyaemia following chronic suppurative otitis media; trephining; recovery. Lancet Nov. 7. p. 1306.

Swoboda, Norbert, Teratoma colli strumam cysticam simulans. Wien. klin. Wchnschr. IX. 46.

Thomas, H. M., and W. W. Keen, A successful case of removal of a large brain-tumor from the left frontal region; opening and packing of the lateral ventricle with jodoform-gauze. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 503. Nov.

Thomas, W. Thelwall, Suicidal pistol wound of skull; destruction of right optic nerve; extraction of bullet on 14th. day; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1319.

Thorén, A. V., Otitis media purulenta cum osteitide proc. mast. et thrombophleb. sinus transversi sin., operation. Hygiea LVIII. 10. s. 311.

Thost, Arthur, Ueber Trachealkanülen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 12.

Tilanus jr., B., Over een geval van cranioctomie bij microcephalie. Nederl. Weekbl. II. 19.

Tillaux, Epithéliome de la face. Progrès méd. 3. S. V. 5. 1897.

Tilley, Herbert, Remarks on the operative treatment of a case of double antral suppuration. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Warren, Hobart E., Case of sarcoma of the neck treated by the Coley antitoxin. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 673. Dec.

Wildt, A., Ueber partielle Unterkieferresektion mit Bildung einer natürl. Prothese durch Knochentransplantation. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 50.

Winkfield, A., A case of compound fracture of the roof of the orbit; trephining; recovery. Lancet Jan. 2. p. 38. 1897.

Zaufal, Ein durch Operation geheilter Fall sept. otit. Sinusthrombose. Prag. med. Wchnschr. XXI. 49.

S. a. I. Baumann, Hutchinson, Roos, Weiss. II. Chassevant, Galeotti, Irsai, Königstein, Kohn, Scheuk. III. Beneke, Coulon, Ducceschi, Guizzetti, Haasler, Lommel, Pantaleoni, Postoeff. IV. 2. Baader, Warrack; 7. Kader; 8. *Basedow'sche Krankheit*, Collins, Ewart, Goldstein, Ravillod, Ridley, Runoberg, Traitel. V. 1. Albert, Kaczanowsky. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Gould, Kuhn, Steppard. XII. Fenthol. XIII. 2. Dohson, Nové. XVI. Stölper, Van den Bergh.

b) Wirbelsäule.

Bastianelli, Pietro, La laminectomia nel morbo di Pott in Inghilterra. Settimana med. L. 43—46.

Boyer, Henry D., Spinal cord from a case of Pott's disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 732. Nov.

Calot, Sur les moyens de corriger la bosse du mal de Pott. Gaz. des Hôp. 146.

Chipault, A., L'ostéomyélite vertébrale. Gaz. des Hôp. 143.

Chipault, A., Du traitement des gibbosités de diverses origines par les ligatures apophysaires. Gaz. hebd. XLIV. 7. 1897.

Dollinger, Julius, Ueber d. Behandl. d. tuberkulösen Wirbelentzündung nebst Erfahrungen auf dem Gebiete d. Pathologie im Anschlusse von 700 Fällen. Ungar. med. Presse II. 5. 1897.

Henle, A., Hämatomyelie combinirt mit traumat. Spondylitis. Ein Beitrag zur Aetiologie der traumat. Spondylitis. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 400.

Hoffa, Albert, Das Problem d. Skoliosenbehandlung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 4. 1897.

Judge-Baldwin, F. B., Some points on sacro-iliac disease. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Kelly, Aloysius O. J., The spinal cord lesions in a case of fracture of thoracic and lumbar vertebrae. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 721. Nov.

Kiliani, Otto G. T., The bicycle for scoliosis. New York med. Record L. 18. p. 615. Oct.

Kirk, T. Sinclair, A case of paraplegia due to spinal caries; *Ménard's* operation. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Kocher, Theodor, a) Die Verletzungen der

Wirbelsäule, zugleich als Beitrag zur Physiologie des menschl. Rückenmarks. — b) Die Läsionen d. Rückenmarks bei Verletzungen der Wirbelsäule. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 4. p. 415. 481.

Miele, Ad., Le redressement des gibbosités dans le mal de Pott. Belg. méd. IV. 3. p. 65. 1897.

Oppenheim, H., Ein Fall von Wirbelcaries mit ungewöhnl. Verlauf. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47.

Pamard, Mal de Pott. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 861. Nov.—Déc.

Punton, John, Pott's disease; its surgical treatment. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 776. Dec.

Regnault, Félix, Soudure spontanée des lames vertébrales dans le mal de Pott. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 887. Nov.—Déc.

Reiner, Max, Bemerkungen zum modellirenden Redressement d. Halswirbelsäule. Wien. klin. Wchnschr. IX. 44.

Rhein, John H. W., A case of primary combined column disease. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 11. p. 725. Nov.

Rugh, J. T., 8 primary movements of the normal spine as a basis for gymnastics in the treatment of scoliosis and allied conditions. Philad. Policlin. V. 49. p. 482. Dec.

Schneller, Ein Fall von traumat. Spondylitis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Staub, Alfred, Syphilis d. Wirbelsäule. Wien. med. Presse XXXVII. 47.

Wachenhusen, Hans, Ueber Wirbelresektion b. spondylit. Drucklähmung. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 75.

S. a. II. Hawthorne. IV. 1. Seegelken, Strauss, Wilms; 4. Dwight; 8. Schmidt, Smith. V. 1. Albert.

c) Bauch, Brust und Becken.

Adams, Jas. A., Abdominal section for acute intestinal obstruction, the result of tubercular peritonitis; recovery. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 26. Jan. 1897.

Alexander, B., Fibrosarkom d. sehnigen Diaphragma. Ungar. med. Presse I. 12.

Alsberg, A., Casuist. Beiträge zur Chirurgie des Magencarcinoms. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 50. 51.

Amici, Natale, Modificazione allo speculo rettale di Strange. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 56.

Armstrong, G. E., On operative interference in typhoidal perforation. Brit. med. Journ. Dec. 5.

Averill, C., Tuberculous peritonitis in a child; laparotomy; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 142. 1897.

Banks, W. Mitchell, Some experiences with *Murphy's* button. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Barker, Arthur E., 7 cases of perforated gastric ulcer treated by operation, with 3 recoveries. Lancet Dec. 5.

Barlow, Abdominal section for intussusception in an infant of 5 months; recovery. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 28. Jan. 1897.

Bayer, Carl, Zur Pneumopexie. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 2. 1897.

Beatson, George T., On the treatment of inoperable cases of carcinoma of the mamma; suggestions for a new method of treatment. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 153.

Borgmann, A. v., Ueber einen Fall von Hernia diaphragmatica incarcerata. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 48.

Bergström, Otto, Om användning af den Ullmannskasutnrmetoden vid tarmresektioner. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1052.

Bidwell, Leonard A., A point in the operation of gastrostomy. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Bishop, E. Stanmore, A case of appendicitis; acute abscess; perforation; operation; recovery. Lancet Dec. 19.

Blach, D. Campbell, Malignant disease of the breast of 20 years duration 3 times successfully operated on. Lancet Nov. 28. p. 1523.

Bodine, J. A., New method of performing intestinal anastomosis with special reference to its adaptability to inguinal colostomy and subsequent restoration of the fecal current. Med. News LXX. 2. p. 33. Jan. 1897.

Bodon, Karl, Ueber d. Nachbehandl. nach Laparotomien. Ungar. med. Presse I. 6.

Bohm, H., Incision d. Herzbeutels b. eitriger Perikarditis. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48.

Bókay, Johan, Der Werth d. Baccelli'schen Verfahrens b. Leberechinococcus von Kindern. Ungar. med. Presse II. 2. 1897.

Bolognesi, La chirurgie pleuro-pulmonaire. Bull. de Thér. CXXXI. 9. p. 397. Nov. 15.

Bonomo, Lorenzo, e Filippo Rhe, Sulle ferite d'arma da fuoco penetranti nell'addome e loro cura. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 59.

Bosc, F. J., Des lésions de l'intestin dans les cas de hernie étranglée et d'engouement. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 723. Nov.

Bosc, F. J., et Marc Blanc, Du passage des microbes à travers les parois de l'intestin hernié. Arch. de Méd. expérim. VIII. 6. p. 735. Nov.

Bramwell, Byrom, A case of enormous primary sarcoma of the liver in which a large blood cyst simulating a hepatic abscess was developed; aspiration; recovery. Lancet Jan. 16. p. 170. 1897.

Bramwell, Byrom, and Harold J. Stiles, Case of deep-seated tropical abscess of the liver, treated by transthoracic hepatotomy. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 240.

Brenner, A., Zur Magenresektion b. Ulcus ventriculi. Wien. klin. Wchnschr. IX. 48.

Bristow, A. T., A case of exsection of the rectum by the vaginal route. Med. News LXIX. 23. p. 640. Dec.

Brown, E. Harold, Splenectomy for prolapse of the spleen through a perforating wound of the abdomen; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Brune, P., Leberresektion b. multilokulärem Echinococcus. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 201.

Buchholz, J., Det saakaldte „anatomiske“ Brokbind. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1029.

Bukovský, J., Die Therapie der Bubonen nach *Lang's* Methode. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 2. 1897.

Buroi, Enrico, Contributo allo studio dei vantaggi che la laparotomia arreca nella peritonide tubercolare cronica fibrosa. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 3. p. 450.

Cabot, A. T., Observations upon cancer of the breast. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 20. p. 485. Nov.

Camus, F., Contusion profonde de l'abdomen par coup de pied de cheval; hématurie; péritonite; guérison spontanée. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 414. Déc.

Castaigne, Cancer du pylore et de la partie supérieure du duodénum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 736. Oct.—Nov.

Canjole, A., La pyloroplastie. Gaz. hebd. XLIV. 1. 1897.

Chaput, Présentation d'une pièce de gastro-entérostomie par cautérisation datant de 8 mois. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 648. Juillet—Oct.

Chupin, A. G., Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu à blanc; laparotomie; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 45. Janv. 1897.

Ciuti, G., Storia di un caso di strangolamento intestinale interno per briglia. Settimana med. X. 48.

Clarke, J. Jackson, A case of excision of the upper half of the rectum for cancer. Lancet Jan. 16. 1897.

Collier, Mayo, A case of strangulated congenital caecal hernia; reduction; radical operation; recovery. Lancet Dec. 5. p. 1601.

Cooke, A. B., The operative treatment of rectal fistula. Med. News LXIX. 21. p. 569. Nov.

Coomes, M. F., Gastrostomy. Amer. Pract. and News XXII. 9. p. 321. Oct.

Cooper, H. Spencer, Comminuted fracture of rib; emphysema; recovery. Brit. med. Journ. 16. p. 141. 1897.

Crawford, W. S., Unusual case of carcinoma of breast. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 205. 1897. — Lancet Jan. 23. p. 240. 1897.

Croom, J. Halliday, On some peculiar relations of abdominal and pelvic tumours. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 11. Jan. 1897.

Delorme, Traitement des hémorrhoïdes par le procédé de Whitehead. Gaz. des Hôp. 135.

Delorme, Traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon. Gaz. hebd. XLIII. 95. — Gaz. des Hôp. 146. 149.

Dieulafoy, De l'intervention chirurgicale dans les péritonites de la fièvre typhoïde. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 42. p. 475. Oct. 27.

Duplay, S., et Cazin, Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales sans fils perdus. Semaine méd. XVI. 57. 1896. — Arch. gén. p. 28. Janv. 1897.

Eiselsberg, A. v., Zur Technik d. Jejunostomie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.

Elliot, J. W., Successful laparotomy and *Kraske's* operation on an infant 2 days old for imperforate rectum. Med. News LXIX. 16. p. 436. Oct.

Elliot, J. W., A modification of the *Mc Burney* incision for appendectomy. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 18. p. 433. Oct.

Engström, Otto, Tarmparalysi efter operativa ingrepp i bukhålan. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 886.

Falconer, R. C., Surgical aspect and treatment of pleural inflammation. Amer. Pract. and News XXII. 10. p. 366. Nov.

Frank, J., A new contrivance for intestinal end-to-end anastomosis. Medicine III. I. p. 7. Jan. 1897.

Franko, Felix, Heilung eines Falles von Colica mucosa durch Anlegung eines künstl. Afters. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 379.

Franke, Felix, Beitrag zur Pneumotomie bei Phthise. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 688.

Frey, R. v., Ueber chron. Darmstenose in Folge Abknickung d. Flexura sigmoidea. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 123.

Frickor, Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen; Gastrotomie; Heilung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Funke, Karl, Erfahrungen über d. operative Behandlung d. Rectumcarcinoms. Ztschr. f. Heilkde. XIII. 1. p. 1. 1897.

Furner, Willoughby, 2 cases of general peritonitis following gangrenous appendicitis; laparotomy; removal of appendix. Lancet Nov. 7. p. 1306.

Fuzinami, Casuist. Mittheilung über einen primären Rectumkrebs mit spontaner Fraktur des linken Oberschenkelknochens. Virchow's Arch. CXVII. 1. p. 129. 1897.

Garampazzi, Carlo, Sui concetti dominanti nella cura operativa delle ernie inguinali. Policlinico V. 1. p. 26. Genn. 1897.

Gemmel, Jas. F., Hepatic abscess; aspiration; recovery. Brit. med. Journ. Nov. 21. p. 1502. — Lancet Dec. 19.

Gerauny, R., Wann operiren wir Appendicitis? Wien. med. Presse XXXVII. 46.

Goodwyn, H., A case of suppurative peritonitis treated by laparotomy. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Grimm, Alois, Beitrag zur Behandl. d. Empyema. Prag. med. Wchnschr. XXI. 50.

Guinard, Aimé, Réflexions sur l'appendicite à propos d'une hernie étranglée de l'appendice. Gaz. des Hôp. 138.

Hacker, V. v., Sphinkterbildung aus d. M. rectus u. d. Combination d. Sphinkterbildung mit *Witzel's* Kanalbildung b. d. Gastrostomie. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 409.

Hecker, Th., Zur Frage über congenitale Darmocclusion. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 45.

Heidenhain, L., Ein Fall von innerer Einklemmung mit Achsendrehung d. Darms nach Dickdarmresektion wegen Carcinoma coeci. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 49.

Heidenhain, L., Exstirpation einer krebs. Gallenblase. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Heinsheimer, Friedrich, Stoffwechseluntersuchungen bei 2 Fällen von Gastroenterostomie. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 348.

Hochenegg, Julius, Ueber sacrale Hernien. Wien. klin. Wchnschr. IX. 47.

Hofmeister, Fr., Ueber multiple Darmstenosen tuberkulösen Ursprungs. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 577. 1897.

Hulst, Henry, Gastrostomy in hypnosis. New York med. Record LI. 2. p. 43. Jan. 1897.

Hurd, E. P., A case of appendicitis of the rapid, fulminant kind; early operation; use of *Mixter's* tube; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 22. p. 544. Nov.

Jaboulay et Brian, Gastro-entérostomies; dilatation du pylore. Lyon méd. LXXXIII. p. 253. Oct.

Idzerda, J., Een navelbreuk-operatie door omphalectomie. Nederl. Weekbl. II. 20.

Jessett, F. Bowreman, A case of faecal fistula due to self mutilation occurring twice in the same patient. Lancet Oct. 31.

Jiménez, Gerardo, Caso de absceso de hégado; operado. Gac. med. de Costa Rica I. 7. p. 201.

Jonnesco, Thomas, Modifications au bouton de *Murphy*. Gaz. des Hôp. 132.

Kahler, Ein Fall von chirurg. Behandlung von Perityphlitis in d. Landpraxis. Bad. ärztl. Mittheil. L. 20.

Kaijser, F., Ett fall af appendicit i ett inguinalbråck. Hygiea LVIII. 12. s. 557.

Karewski, Zur Technik d. Jejunostomie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 3. 1897.

Kemen, Joseph, Ueber d. Schussverletzungen des Herzbeutels. Inaug.-Diss. Bonn 1897. Druck von A. Henry. 8. 28 S.

Körte, Darmruptur in Folge stumpfer Contusion d. Bauches. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46. Beil.

Körte, W., Beitrag zur chirurg. Behandlung der Pankreasentzündungen, nebst Experimenten über Fettgewebenekrose. [Berl. Klin. Heft 102.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 27 S. 60 Pf.

Kossmann, R., Ueber d. Verhütung d. Bauchhernie. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 44.

Kousnetzoff, Michael, et Jules Pensky, Etudes cliniques et expérimentales sur la chirurgie du foie. Sur la résection partielle du foie. Revue de Chir. XVI. 12. p. 954.

Küttner, H., Die seitl. Darmvereinigung mit Verschluss d. Darmenden nach *v. Frey* als Ersatz d. cirkulären Darmnaht. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 505.

Kummer, E., Obstruction intestinale par brides; laparotomie; guérison. Bull. méd. de la Suisse rom. XVII. 1. p. 50. Janv. 1897.

Kummer, E., Pronostic et traitement du cancer du sein. Semaine méd. XVII. 4. 1897.

Kuttner, Leop., Ueber Verdauungsstörungen, verursacht durch verschied. Bruchformen, bes. durch

Hernien d. Linea alba. Mitth. a. d. Grenzgeh. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 661.

Landahl, P., Behandling af inklämdt bråck genom måttligt tryck undor längre tid. Eira XX. 22.

Landerer u. Glücksmann, Nachtrag zu d. Aufsatz „über operative Heilung eines Falles von Duodenalgeschwür“. (Heft 2.) Mittheil. a. d. Grenzgeh. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 738.

Lapointe, André, Cancer primitif du foie simulant une tumeur fibreuse de l'utérus et extirpé par laparotomie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 700. Oct.

Lauenstein, Carl, Erfahrungen über Perityphlitis. Mitth. a. d. Grenzgeh. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 355.

Lauenstein, Carl, Erfahrungen auf d. Gebiete d. Magenchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 241.

Lehner, Emanuel, Ueber d. Behandlung von Bubonen. Ungar. med. Presse II. 1. 1897.

Lindner, H., Sammelbericht über d. Erkrankungen d. weibl. Brust. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 51. 1897.

Lindström, Erik, a) Fractura olecrani; bensöm. — b) Stenosie pylori cum gastrectasia. — c) Cancer ventriculi; gastroenterostomi. Hygiea LVIII. 10. s. 325. 327. 328.

Littlewood, H., 2 cases of perforated gastric ulcer successfully treated by abdominal section. Lancet Nov. 21.

Lotheissen, Georg, Zur Casuistik d. Verletzungen d. Bauches. Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 1897.

Lucas-Championnière, Just, Le rôle de la graisse dans les hernies. [Journ. de Méd. et de Chir. prat. Sept. 10.] Paris. A. Coccoz. 8. 20 pp.

Mc Cosh, Andrew J., A case of perforating gastric ulcer; operation; recovery. Med. News LXX. 3. p. 80. Jan. 1897.

Macdougall, J. A., The surgical treatment of diseases of the vermiform appendix. Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 489. Dec.

Mc Murtry, Lewis S., Modern gastrostomy for stricture of the esophagus. Amer. Pract. and News XXII. 7. p. 247. Oct.

Madelung, Einige Grundsätze zur Behandl. von Verletzungen d. Bauches. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 695. 1897.

Makins, Strangulated femoral hernia; gangrene of intestine; extra-peritoneal division of stricture; faecal fistula; plastic operation; recovery. Lancet Dec. 19. p. 1754.

Marwedel, Georg, Zur Technik d. Gastrostomie. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 56.

Mauclaire, Pl., et Albert Mouchet, Considérations sur la forme et les moyens de fixité du colon transverse. Déductions opératoires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 600. Juillet.

Mermet, P., 2 cas de fibro-myomes sous-péritonéaux à formations pseudo-kystiques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 685. Juillet—Oct.

Moir, D. M., A case of lobar pneumonia followed by gangrene of the lung, and one of liver and lung abscess, in both of which operation was successfully performed. Lancet Jan. 9. p. 105. 1897.

Morgan, George, A case of dilated urachus accidentally opened whilst performing abdominal section for peritonitis; recovery. Lancet Oct. 24. p. 1154.

Morestin, H., Fracture ancienne de la crête iliaque. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 785. Nov.

Morison, Rutherford, Notes on 4 cases of pyloroplasty. Lancet Oct. 24.

Moynihan, B. G. A., Case of acute perforative appendicitis, followed by septic peritonitis; abdominal section; recovery. Lancet Dec. 26.

Mulder, O. H., Een geval van maagincarceratie in een hernia hygogastrica. Nederl. Weekbl. I. 2. 1897.

Nassauer, M., Beitrag zu d. Pfählungsverletzungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 50.

Neumayer, Eine Rippenresektion. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 1. p. 13. 1897.

Nicholson, F., and D. Lowson, A case of subphrenic pneumothorax; excision of ribs and drainage; recovery. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Nicodemi, Cesare, Osservazioni di chirurgia gastrica. Rif. med. XII. 250.

Ohaliński, A., Beitrag zur operativen Behandl. d. Phlegmonen d. hinteren Brustfellraumes. Wien. klin. Wchnschr. IX. 50.

Parry, L. A.; L. A. Dunn and G. Newton Pitt, A case of acute haemorrhagic pancreatitis; fat necrosis of the omentum; laparotomy; recovery. Lancet Jan. 2. p. 36. 1897.

Pasca, Bonaventura, Echinococco della pleura. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 84.

Petit, L. H., Invagination intestinale formant une tumeur rectale polypiforme du volume d'un oeuf de poule chez un enfant de 11 mois; ablation; guérison. Bull. de la Soc. anat. 3. S. X. 19. p. 709. Oct.

Phillips, F. B. Willmer, and W. Gifford Nash, Gangrene of the lung; incision and drainage; recovery. Lancet Nov. 21.

Pisani, Ugo, Contributo allo studio dei tumori e della tuberculosi della mammella. Policlinico III. 23. p. 584.

Poucel, Deuxième observation de gastro-jejunostomie postérienre suivie de guérison. Gaz. des Hôp. 127.

Poullot, Guérison des hernies inguinales et crurales par l'autoplastie tendineuse. Gaz. des Hôp. 126.

Price, Joseph, Surgery for typhoid perforations. Philad. Policlin. V. 46. p. 451. Nov.

Prochownick, L., Ueber einen tuberkulösen Mastdarmpolypen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49.

Quénu, Diagnostic du cancer du rectum. Gaz. de Par. 1. 1897.

Renton, J. Crawford, a) Acute intussusception. — b) Removal of caecum with successful use of Murphy's button. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 418. Dec.

Rigal, A., 2 cas d'appendicite; laparotomie; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. p. 332. Nov.

Rissler, John, Utvidgning af colon transversum som orsak till ileus; laparotomi; helsa. Hygiea LVIII. 12. s. 659.

Robinson, Byron, Intra-abdominal hernia and peritoneal pockets. Cleveland med. Gaz. XII. 1. p. 1. Nov.

Robson, A. W. Mayo, On a series of cases of appendicitis associated with general peritonitis, together with other cases of appendicitis operated on. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Rosenthal, Jacob v., Exstirpation einer Lebergeschwulst. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Rostowzew, M., Ein Fall von Anlegung einer Magenfistel nach *Witzel* bei carcinomatöser Stenose des Oesophagus. Boln. gas. Botk. 21. — Petersb. med. Wochenschr. Russ. med. Lit. 10.

Rotgans, J., De echinococcus tusschen blaas en rectum. Nederl. Weekbl. II. 26.

Sainsbury and Berry, 2 cases of death from needle in the chest. Lancet Nov. 28. p. 1524.

Sasse, F., Ueber Cysten u. cyst. Tumoren d. Mamma. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 1. 1897.

Sauer, Felix, Ein Fall von Prolaps eines offenen *Meckel*'schen Divertikels am Nabel. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 316.

Schäffer, Beitrag zur Beurtheilung u. Behandl. der Bauchschusswunden. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 12. p. 513.

Scheller, a) Ein Fall von Leberzerreissung. — b) Ein Fall von Milzabscess auf traumat. Basis. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 11. p. 477. 479.

Schiller, Arnold, Ueber d. Darmoperationen an d. Heidelberger chirurg. Klinik in den letzten 4 Jahren. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 603. 1897.

Schönwerth, Alfred, Zur operativen Behandlung des Magencarcinoms. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43. 44. 45.

Schreiber, Julius, Ueber einen Phytobezoar im Magen einer Frau u. dessen Diagnose; Operation; Heilung. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 5. p. 729.

Sobultén, Maximus Widekind af, Operationer af bukbråck, uppkomna efter laparotomi, samt af eventratio efter graviditet. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 901.

Schulz, Hernia retroperitonaealis incarcerata. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 271.

Sabileau, Pierre, Traitement de la hernie ombilicale. Semaine méd. XVI. 64.

Sheild, A. Marmaduke, Malignant disease of the breast of 20 year's duration. Lancet Dec. 12. p. 1717.

Sheild, A. Marmaduke, A case of recurrent sarcoma of the mammary gland treated by *Coley's* fluid. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Shattle, H. W., A case in which cholecystectomy was followed by recovery. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Shettle, H. W., and L. M. Breton, A case of cholecystectomy; recovery. Lancet Nov. 14.

Shoher, John B., 2 cases of carcinoma of the breast in young adults. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 24. p. 593. Dec.

Shrady, George F., Some plain rules for operating in appendicitis. New York med. Record LI. 2. p. 37. Jan. 1897.

Siegel, Ernst, Ueber d. funktionellen Erfolge nach Operationen am Magen. Mittheil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 328.

Simon, Otto, Ueber Radikaloperationen b. Inguinal- u. Femoralhernien. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 537.

Sjöberg, A., En lilla Bemärkning om Paracentesis abdominis. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 4. 1897.

Skinner, B. M., On non-venereal bubo. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 78. 1897.

Snow, Herbert, The insidious marrow-inspection of mammary carcinoma. Lancet Jan. 9. 1897.

Southam, F. A., The treatment of omental hernia when accompanied by symptoms of abdominal obstruction. Lancet Jan. 23. p. 273. 1897.

Stinson, J. Coplin, The radical cure of femoral hernia, preferable operation; the surgical anatomy of the transversalis fascia at the internal inguinal and femoral rings. New York med. Record L. 23. p. 807. Dec.

Stinson, J. Coplin, The operative treatment of inguinal hernia. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 795. Dec.

Tait, Lawson, Cleansing and cleanliness in abdominal surgeon's operations. New York med. Record L. 25. p. 883. Dec.

Terrier, Félix, La pneumotomie. Progrès méd. 3. S. IV. 48. 50.

Thomas, W. Thellwall, Excision of a large carbuncle of the back; salivation from cyanide gauze dressing. Lancet Oct. 24.

Thomas, W. Thellwall, 2 complicated and unusual herniae, one containing bladder, the other Fallopian tube. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Thorén, A. V., a) Bräck-kasuistik. — b) Ileus; colostomia. — c) Cystis pancreatis; laparotomi. Hygiea LVIII. 10. s. 313. 314. 315.

Todd, Howard J. Mc C., Pulmonary abscess and empyema simulating unilateral bronchectasis, treated by drainage, and later resection of a rib. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1445.

Török, Guido von, Ein Fall von Cholelithiasis, geheilt durch Cholecystektomie. Wien. klin. Wchnschr. IX. 45.

Toller, Seymour G., and Cuthbert S. Wallace, A case of general peritonitis due to perforative appendicitis; operation; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Trapp, Zur Kenntniss d. Verletzung d. Unterleibsorgane (Zwerchfell, Milz, Leber) durch stumpfe Gewalt. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 393.

Treves, Frederick, A review of the surgery of the peritoneum. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Tuffier, Kystes hydatiques du poumon; pneumotomie. Gaz. des Hôp. 127.

Tuffier et Hallion, Respiration artificielle par insufflation pulmonaire dans certaines opérations intrathoraciques. Gaz. des Hôp. 136. — Gaz. hebd. XLIII. 95.

Turner, William, Remarks on wounds of the heart. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Ullmann, Emerich, Zur Technik d. cirkulären Darmvereinigung. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 51.

Ullmann, Emerich, Beitrag zur Chirurgie d. Gallenwege. Cysticotomie u. ideale Cholecystotomie. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 53.

Vanverts, Des ruptures du foie et de leur traitement. Arch. gén. p. 44. Janv. 1897. — Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 628. Juillet—Oct.

Vanverts, J., Perforation intestinale au cours d'une fièvre typhoïde; laparotomie; suture de la perforation. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 797. Nov.

Vanverts, J., et Adrien Monod, Fibro-sarcome du tissu cellulaire sous-cutané de la paroi thoracique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 758. Nov.

Villard, Gastrostomie pour rétrécissement cicatriciel de l'oesophage; guérison. Lyon méd. LXXXIII. p. 586. Déc.

Warren, J. Collins, A record of the technique of operation for appendicitis from the standpoint of personal experience. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 18. p. 429. Oct.

Warren, J. Collins, The results of operations for the cure of cancer of the breast. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 20. 21. p. 481. 509. Nov.

Wiggin, Frederick Holme, Notes on the treatment of faecal fistulae. New York med. Record L. 17. p. 586. Oct.

Williams, W. Roger, Primary malignant neoplasms of the peritoneum. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1417.

Winkfield, A., A case of supposed passage of the stomach through a rent in the diaphragm into the pleural cavity, the result of an injury; recovery. Lancet Jan. 23. p. 241. 1897.

Wissemans, Observations de cure opératoire de hernies inguinales. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 372. Déc.

S. a. I. Levy. II. Eggeling. III. Borst, Gatti, Ganaraich, Heinricius, Vanverts. IV. 2. Park; 5. Carstens, Samways, Stein; 11. Perry. V. 1. Albert, Kaczanowsky; 2. d. Monari, Petit. VI. *Chirurgie d. weibl. Genitalien.* VII. *Geburtsh. Operationen,* Jordan. XIII. 2. Schichs; 3. Karewski.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Adams, Jas. A., Tubercular disease of right kidney; nephrectomy. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 23. Jan. 1897.

Alapy, H., Zur Frage der Kathetersterilisation. [Centr.-Bl. f. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. VII. 10.] Leipzig. Eduard Besold. 8. 35 S.

Alexander, Samuel, The radical treatment of prostatic enlargements by prostatectomy. New York med. Record L. 24. p. 841. Dec.

Anderson, M'Call, Case of carcinoma of the bladder. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 409. Dec.

Association française des médecins et chirurgiens urologistes. Gaz. des Hôp. 129. 130.

Baumgarten, Samuel, Durch d. Bicycle ent-

standene Ruptur d. Harnröhre. Ungar. med. Presse II. 4. 1897.

Bazy, P.; J. Escat et Chailloux, De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. Arch. des Sc. méd. I. 5. 6. p. 385. 514. Sept., Nov.

Bond, Thomas, and A. H. Tubby, A case of extra-peritoneal rupture of the bladder; supra-pubic cystotomy; recovery. Lancet Dec. 12. p. 1678.

Bottino, Enrico, Die galvanokaust. Diärese zur Radikalbehandlung d. Ischurie b. Hypertrophie d. Prostata. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 98. 1897.

Briau, Quelques remarques sur la chirurgie des bourses. Lyon méd. LXXX. III. p. 476. Déc.

Brook, W. F., 2 cases of nephrolithotomy. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Dasara-Cao, Domenico, Il cateterismo permanente degli ureteri dopo la epicistotomia. Policlinico III. 21. p. 540.

Davis, Gwilym G., Amputation of the penis. Univers. med. Mag. IX. 4. p. 264. Jan. 1897.

Dupraz, A. L., Note complémentaire au mémoire sur le sarcome de la prostate. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. p. 655. Nov.

Emery, E., Contribution à l'étude de la gangrène foudroyante spontanée des organes génitaux externes chez l'homme. Arch. gén. p. 527. 693. Nov., Déc.

Federici, Nicolini, Pio-pielonefrite destra da calcolo operata di nefrotomia. Rif. med. XII. 283—286.

Fenger, Christian, An operation for valvular stricture of the ureter. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 6. p. 667. Dec.

Ferraton, L., Retrécissements multiples de l'urètre (un traumatique et 2 blennorrhagiques); zônes urétrales hystérogènes au niveau des points coarctés. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 11. p. 336. Nov.

Floersheim, L., Le traitement opératoire moderne de l'hypertrophie de la prostate. Arch. gén. p. 79. Janv. 1897.

Fort, T. A., Linear electrolysis for stricture. New York med. Record LI. 2. p. 71. Jan. 1897.

Freyer, P. J., On the best methods of removing large calculi from the bladder. Lancet Dec. 12.

Gahrieleen, G., Kastration ved Prostatahypertrofi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1025.

Goodman, Godfrey, The phonendoscope as an aid in the detection of stone in the bladder. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 79. 1897.

Gouley, J. W. S., Prostatic enlargement. New York med. Record L. 17. p. 577. Oct.

Grosglik, S., Gumma d. Prostata. Wien. med. Presse XXXVIII. 3. 4. 1897.

Guitéras, Ramon, The treatment of stricture of the male urethra. New York med. Record L. 20. p. 699. Nov.

Hammond, Frank C., External urethrotomy in a child. Med. News LXIX. 22. p. 607. Nov.

Handley, W. S., Inguinal orchectomy; a new method. Lancet Dec. 12.

Harrison, Reginald, On vesical stone and prostatic disorders. Lancet Dec. 12. — Brit. med. Journ. Dec. 12. — New York med. Record L. 25. p. 877. Dec.

Hendley, Harold, Stone in the bladder; lithotomy followed by litholapaxy. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Herhold, Beitrag zur Behandl. d. Prostatahypertrophie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Hofmokl, Ein Fall von angeb. Querspaltung d. Glans penis. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 220. 1897.

Irwin, J. W., Operation for movable kidney, followed by gangrene of the stomach. Medicine II. 12. p. 990. Dec.

Israel, Anurie durch Nierensteineinklemmung in d. Ureter. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46. Beil.

Kanamori, 2 Fälle von Blasentumoren, welche Hydronephrose d. einen u. compensator. Hypertrophie d. andern Niere verursacht hatten. Virchow's Arch. CXLVII. p. 119. 1897.

Keagan, D. F., Notes on stone in the bladder. Lancet Jan. 9. 16. 1897.

Koehler, Albert, Die Resektion d. Vas deferens zur Heilung der Prostatahypertrophie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Laurie, A. P., Notes on the photography of renal and vesical calculi by the X rays. Lancet Jan. 16. 1897.

Le Gendre, P., Kyste dermoïde du petit bassin ouvert dans la vessie (pilimiction), après des phénomènes généraux simulant la fièvre typhoïde et une cystite prolongée. Gaz. des Hôp. 136.

Lennander, K. G., Om njursten, med två lyckligt opererade fall. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 1. s. 56.

Lennander, K. G., Om behandlingen af ruptur af det bakre urinröret. Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 20. 3. s. 115. 1897.

Lichlein, Victor, Zur Casuistik d. Harnröhrensteine u. speciell d. Divertikelsteine d. Harnröhre. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 1. p. 140.

Lloyd, Jordan, On stone impacted in one ureter. Brit. med. Journ. Oct. 24.

MacNalty, F. C., Suprapubic drainage in imperforate stricture. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1569.

Marshall, Ewing, Circumcision of the young. Amer. Pract. and News XXII. 13. p. 489. Dec.

Monari, Umberto, Cystocele inguinalis. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 479.

Morris, Henry, The importance of bimanual examination of the urinary bladder in diagnosing haematuria of vesical from that of renal origin. Lancet Oct. 31.

Negretto, Angelo, Cura radicale della iscuria da ipertrofia prostatica mediante la cauterizzazione della prostata dalla via del retto. Rif. med. XII. 294. 295.

Newman, 3 cases operated on for displacement of the kidney, the symptoms of one case suggesting renal calculus. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 31. Jan. 1897.

Oehler, Rud., Casuist. Beitrag zur Nierenchirurgie: traumat. Niereneiterung; Nephrektomie; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

Petit, Raymond, Traitement chirurgical de l'hypertrophie de la prostate. Gaz. hebd. XLIV. 3. 1897.

Petit, Raymond, et Léon Imbert, Sur la cystocèle crurale. Gaz. hebd. XLIII. 97.

Preyer, P. J., On the best methods of removing large calculi from the bladder. Brit. med. Journ. Nov. [illegible]

Ramm, Fr., Sarcoma renis; Nephrectomia; Helbredelse. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 102[illegible]

Rissler, John, Några fall af prostatahypertrofi behandlade med kastration eller resektion af vas deferens. Hygiea LVIII. 12. s. 662.

Schou, Jens, Om Cystoskopi. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 45. 46.

Sebileau, Pierre, Traitement de l'ectopie inguinale du testicule. Gaz. de Par. 3. 1897.

Sebileau, De l'orchidopéxie. Gaz. de Par. 4. 1897.

Sedgwick, William, Prolonged retention of urine. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1480.

Sealistschew, E. G., Beitrag zur Lehre von d. Blasenbrüchen. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 135. 1897.

Stackmetz, Fr., Zur Casuistik seltener Missbildungen u. Erkrankungen d. Penis. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 398.

Stierlin, R., Zur Technik d. hohen Steinschnitts. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 293.

Tonner, W., 4 Steinoperationen mittels hohen Blasenschnitt. Ungar. med. Presse I. 7.

Webber, H. W., Removal of a broken catheter from the membranous urethra. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1569.

Winterbarg, Wolrad, A case of hydatid cyst in the prostate gland, complicated with cysts in the peri-

toneal cavity and liver. Med. News LXIX. 19. p. 521. Nov.

Wright, G. A., Reni-punctnre. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1444.

Zoege-Manteuffel, W., Zur operativen Behandlung der Varicocele. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 42.

Zuckerkandl, Otto, Lethaler Ausgang nach Sondirung d. verengten Harnröhre. Wien. med. Presse XXXVII. 45.

S. a. II. Griffiths, Meslay, Plato, Protopopow, Schaffer, Sohileau, Steudel. III. Bollinger, Motz, Solemin. IV. 2. Dufour; 11. Lindbolm. V. 1. Morris, Tait; 2. e. Péan. VI. Boursiar, Butler, Kelly, Kolischer, Mackenrodt, Mainzer, Moned, Rieard. VIII. Reehet. X. Panas.

e) Extremitäten.

Albertin, Exostose du fémur. Lyon méd. LXXXIII. p. 555. Déc.

Bailoy, Robert, Report and presentation of a case of fracture of the humerus, produced by muscular contraction in the act of pitching a ball. Cleveland med. Gaz. XII. 1. p. 33. Nov.

Barwell, Richard, On various forms of talipes as depicted by x-rays. Lancet Nov. 28; Dec. 26.

Batigne et P. Saintou, Arthrite sèche du genou avec productions osseuses simulant par leur disposition des fragments une fracture ancienne de la rotule. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 827. Nov.—Déc.

Bayer, Josef, Osteoplast. Ersatz d. beiden vordern Stützpunkte d. Fussgewölbes. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 52.

Berg, John, Om den moderna behandlingen af den kongenitala höftledsluxationen. Hygiea LVIII. 11. Sv. läkaresällsk. förh. S. 116.

Bloom, J. N., Osteo-sarcoma of the great toe. Medicine III. 1. p. 35. Jan. 1897.

Bolton, Joseph Shaw, 2 cases of simple dislocation at the ankle-joint. Lancet Dec. 19.

Boune, Künstl. Greifhand mit Fussbetrieb. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Bonnet, Fractures consécutives de l'humérus, omoplate; contusions des parties molles; désarticulation inter-scapulo-thoracique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 844. Déc.

Boppe, L., Plaie pénétrante de la cuisse gauche par coup de feu à blanc. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 54. Janv. 1897.

Braun, Neuropath. Affektion d. Schultergelenks. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. 110.

Breitenstein, Nadelextraktion aus d. Hohlhand nach Diagnosestellung durch *Röntgen*'sche Strahlen. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 24. p. 769.

Bremken, Luxation ancienne et irréductible de l'épaule; resection. Belg. méd. III. 46. p. 616.

Bruce, W., Fractures at the lower end of the humerus. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Cabot, A. T., A case of sarcoma of the scapula; removal of the arm with the scapula and greater part of clavicle; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 17. p. 411. Oct.

Catterina, Attilio, Die Resektion des Handgelenks nach meiner eigenen Methode. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 4. 1897.

Chupin, A., Plaie de la partie supérieure interne et palmaire de la main gauche; section de l'artère cubitale et du nerf; ligature de l'artère; suture du nerf. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 405. Déc.

Clark, Andrew, On aneurysm of the popliteal artery. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Clark, Henry E., Recurrent sarcomatous growths after amputation of scapula. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 1. Jan. 1897.

Coulhon, Un nouvel appareil pour la fracture de la rotule. Gaz. des Hôp. 139.

Crivelli, Un cas de périarthrite coxo-fémorale (ostéite épiphysaire de l'extrémité supérieure du fémur), simulant la coxalgie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 44. p. 557. Nov. 10.

Dagron, 20 cas de fracture de clavicule traités par le massage. [Journ. de Méd. et de Chir. prat. Août 25.] Paris. A. Coccoz. 8. 16 pp.

Darey, J. Herbert, Delayed union of fractured tibia due to pregnancy. Med. News LXIX. 23. p. 640. Dec.

Dowd, Charles N., Cleft band: a report of a case successfully treated by the use of periosteal flaps. [Ann. of Surg.] Gr. 8. 6 S. with 2 tables.

Drehmann, Gustav, Zur operativen Behandlung irreponibler traumat. Hüftgelenksluxationen. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 775. 1897.

Duplay, Talalgie (bursite sous-calcanéenne). Arch. gén. p. 611. Nov.

Duplay, S., De l'hallux valgus. Semaine méd. XVI. 60.

Eliot, E. F., Recurrent myxo-sarcoma of the scapula in a patient aged 76 years. Lancet Nov. 7.

Fick, Wold., Ein Fall von Aneurysma arteriovenosum ossificans traumaticum [am Oberschenkel]. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXIV. 3 u. 4. p. 278.

Finckh, J., Ueber d. Reponibilität d. veralteten Schultergelenks-Luxation. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 751. 1897.

Forgue, E., Thérapeutique chirurgicale des pieds bots. Gaz. hebd. XLIII. 84.

Frazier, Charles H., Traumatic aneurism of the posterior tibial artery. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 117. Nov.

Gilles de la Tourette, Pathogénie et traitement des pieds bots. Semaine méd. XVI. 65.

Graham, Douglas, Massage, movements and bandaging in the treatment of displaced semilunar cartilages. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 561. Nov.

Hoffa, Albert, Die Nachbehandlung der nach abgelaufener Coxitis zurückgebliebenen Deformitäten. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 166., Chir. 47.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 22 S. 75 Pf. — Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzh. 1.

Hoffa, A., Zur Behandlung d. Distorsion d. Fussgelenks. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzh. 1.

Hübscher, C., Ueber Arthrodese d. Fussgelenks. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 2. 1897.

Jacobelli, Filiberto, Lesioni rachitiche localizzate all'epifisi inferiore de femore. Rif. med. XII. 291. 292.

Jagerink, M., Iets over genu valgum. Nederl. Weekbl. II. 18.

Jardine, Robert, Phlegmasia alba dolens. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 333. 379. Nov.

Kapelusch, Eugen, Ueber d. modernen Principien b. d. Beinbruchbehandlung. Wien. med. Wochenschr. XLVI. 52.

Kirkby-Thomas L., Dislocation of the lower end of the ulna. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1774.

Kirmisson, E., Anatomie pathologique et traitement du pied bot varus équin congénital. Gaz. de Par. 43.

König, Die congenitale Luxation d. Hüftgelenks. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.

Lee, Edward H., Remarks on Colles' fracture. Medicine II. 12. p. 983. Dec.

Le Même, Henri, Hydarthrose intermittente du genou. Gaz. hebd. XLIII. 96.

Leriche, Evidement longitudinal en démédullisation du tibia. Lyon méd. LXXXIII. p. 339. Nov.

Liermann, W., Zur Behandl. d. Schenkelhalsbrüche. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Lucas, R. Clement, Colles' fracture. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 112. 1897.

Mangiavillani, Giuseppe, Sopra un caso di retrazione dell'aponeurosi palmare. Rif. med. XII. 247. 249.

Mermet, P., Enorme dermato-myome de la cuisse; dégénérescence sarcomateuse. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 653. Juillet—Oct.

Mermet, P., et R. Lacour, Fibromes angiomateux traumatiques des doigts. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 728. Oct.—Nov.

Meslay, René, Kyste lymphatique du pli de l'aîne. Bull. de la Soc. anat 5. S. X. 22. p. 821. Nov.—Déc.

Mintz, Wladimir, Drehungshindernisse nach Vorderarmbrüchen. Inaug.-Dissertat. Jurjew-[Dorpat]. Schnackenburg's Buchdr. 8. 84 S. mit 2 Tafeln.

Morestin, H., Ancienne fracture sous-trochantérienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 584. Juillet.

Morestin, H., Pseudarthrose de la clavicule. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 584. Juillet.

Morestin, H., Ankylose astragalo-scaphoïdienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 649. Juillet—Oct.

Morestin, H., Fracture ancienne de l'omoplate. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 650. Juillet—Oct.

Morestin, H., De l'ankylose des articulations du carpe. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 651. Juillet—Oct.

Morestin, Fracture ancienne de la rotule. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 624. Juillet—Oct.

Morestin, H., La fracture longitudinale incomplète de l'omoplate. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 865. Nov.—Déc.

Norris, E. S., A case of double osteotomy. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1230.

Ochsner, A. J., Nerve suture and other operations for injuries to the nerves of the upper extremity. Cleveland med. Gaz. XII. 1. p. 25. Nov.

O'Conor, John, Traumatic haemarthrosis of the knee-joint. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 438. Dec.

Owen, Edmund, A case of necrosis of the os calcis in a child; operation. Lancet Jan. 2. p. 37. 1897.

Patteson, R. Glasgow, Note on a successful case of disarticulation at the hip-joint; with observations on the method of operating. Dubl. Journ. CIII. p. 26. Jan. 1897.

Péan, Névromes généralisés: resection d'une grande partie des nerfs médian et cubital; rétablissement des fonctions motrices et sensitives; polyorchidie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 3. p. 51. Janv. 19. 1897. — Gaz. des Hôp. 10. 1897.

Pearson, C. Yelverton, Report of a successful case of operation for extensive cicatricial deformity of the lower extremity by *Croft's* method. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Péraire, Maurice, 3 cas de corps étrangers de la main décelés par la photographie au moyen des rayons de *Roentgen*. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 595. Juillet.

Petersen, Ferd., Ueber schief geheilte Vorderarmbrüche. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Phocas, Thérapeutique chirurgicale des pieds-bots. Gaz. des Hôp. 5. 1897.

Pilliet, A. H., Névrome pré-rotulien. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 782. Nov.

Pitres, A., Etude sur les sensations illusoires des amputés. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 5. Janv.—Févr. 1897.

Poohon, Arrachement de l'épaule comprenant l'omoplate. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 742. Oct.—Nov.

Quénu, Traitement de la coxalgie suppurée par le drainage de l'articulation à travers le grand trochanter, le col et la tête du fémur (tunellisation du trochanter, du col et de la tête du fémur). Gaz. de Par. 45.

Ramsperger, Ueber d. Heilungsdauer d. Unterschenkelbrüche bis zur Wiederherstellung d. endgültigen Arbeitsfähigkeit. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 44. 45.

Riedinger, J., Ueber d. Entstehung d. Plattfusses, spec. d. sogen. traumat. Plattfusses. Mon.-Schr. f. Unfallheilkde. 10.

Riehl, Lymphangioma circumscriptum an der Schulter. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 216.

Roberts, John B., Fracture of the lower end of the radius. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 10. Jan. 1897.

Robson, Mayo, A case in which the spinal cord of a rabbit was successfully used as a graft in the median nerve of a man. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Roll, J., Behandlingen af den medfödte Klumpfod. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 11. S. 1077.

Roser, Karl, Zur Pathologie u. Therapie d. angeb. Hüftverrenkung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Rouflaix, F. X., Luxation sous-coracoïdienne; difficulté de réduction. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 71. Janv. 1897.

Samosch, Julius, Beitrag zur operativen Behandlung d. habituellen Schultergelenksluxation. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 803. 1897.

Schaleukamp, Die Behandlung d. Ulcus cruris varicosum mittels Quecksilberoxyds. Therap. Monatsh. X. 12. p. 658.

Senger, Emil, Vorschlag zu einer Modifikation d. *Lorenz*'schen Verfahrens d. unblutigen Hüftgelenkeinrenkung b. älteren Kindern. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 3. 1897.

Smith, Noble, Congenital dislocation of the hips. Lancet Nov. 7. p. 1340. — Brit. med. Journ. Dec. 12.

Struthers, John, On separate acromion process with appendix on subcoracoid dislocation of the humerus. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. Appendix I. p. 1.

Swijasheuinow, G., Beseitigung einer Narbencontraktur d. obern Extremität durch Plastik. Boln. gaz. Botk. 24. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Taylor, J. Gurney, Epiphyseal separation of the humerus. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 118. Nov.

Thomas, J. Lynn, A note on the pathology of a double Colles' fracture. [With skiagraphs.] Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Thomas, J. Lynn, Colles' fracture. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 237. 1897.

Thorén, A. V., Tvenne fall af kongenital höftledsluxation; operation enligt *Hoffa's* metod. Hygiea LVIII. 10. s. 309.

Tubby, A. H., Metatarsal neuralgia or Morton's disease. Lancet Oct. 31.

Tuffier, Anévrysme siégeant à la partie inférieure de l'artère poplitée; compression digitale à distance pour favoriser le développement des anastomoses; extirpation du sac; guérison. Gaz. hebd. XLIII. 92.

Turner, G. B., A case of unreduced dislocation of the head of the femur into the obturator foramen, treated by excision. Lancet Jan. 2. 1897.

Turner, Robert, Incised wound of the internal and external plantar arteries. Lancet Nov. 28.

Vanherseoke, G., A propos d'un nouvel appareil pour la fracture de la rotule. Gaz. des Hôp. 4. 1897.

Vauverts, J., Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 757. Nov.

Walker, Herbert J., A complication of Potts fracture produced by a stirrup. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 79. 1897.

Watjoff, S., Ein Fall von intrauterinen Frakturen an d. Unterarm- u. Unterschenkelknochen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Wenzlik, Ueber *Roentgen*-Strahlen-Erfolge [Projektil im Unterschenkel]. Solingen. Druck von Alb. Pfeiffer. 1 S. mit Holzschn.

Williams, Harold, Fracture of the first phalanx of little toe. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. p. 441. Oct.

Young, Ernest B., A method for the gradual reduction of flexion and subluxation of the knee. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 15. p. 360. Oct.

Zenker, F., Beitrag zur *Lorenz*'schen unblutigen Einrenkung d. angeb. Hüftluxation. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 4. 1897.

S. a. II. Du Bois, Griffith, Hering, Morestin, Morgan. III. Monod, Regnauld. IV. 4. Bollinger, Cornil; 7. Barsis, Stoll; 8. Laserre, Osler, Stephen; 11. Heller. V. 1. Albert, Müller. XVII. Liermann. XX. Meige.

VI. Gynäkologie.

Adolphi, H., Ueber d. combinirte Untersuchung nach *Thure Brandt-Dührssen*. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 43.

Amann, Josef Albert, Kurzgefasstes Lehrbuch d. mikroskop.-gynäkol. Diagnostik. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. XVI u. 172 S. mit 94 Abbild. 5 Mk. 40 Pf.

Bäcker, Joseph, Ueber Aetiologie u. Therapie d. Gebärmutterkrebses. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 47. 1897.

Baker, W. H., Ovarian cystoma with unusually thick cyst-wall. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 21. p. 522. Nov.

Baker, W. H., Multiple fibroids of the uterus; complicated with broad ligament cyst of left side and numerous thin fibrous sacs filled with clear fluid, apparently free in the lower peritoneal cavity. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 567. Dec.

Baldwin, L. Grant, Amenorrhoea due to complete occlusion of the os uteri following labor. Med. News LXIX. 20. p. 553. Nov.

Barbour, A. H. F., *Braune's* os internum and the retraction ring. Edinb. med. Journ. XLII. 5. p. 393. Nov.

Bergh, R., Symbolae ad cognitionem genitalium externorum foemineorum. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 44. 1896. — Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 2. p. 74. 1897.

Bauttner, O., Internat. Congress f. Gynäkologie u. Geburtshülfe zu Genf. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 452.

Bloom, Homer C., Amenorrhoea; sea-voyage as an etiologic factor in production, and its treatment. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 196. Dec.

Boisleux, Ch., Von d. chron. u. akuten Pelviperitonitis u. deren Behandlung. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 167, Gynäkol. 60.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 16 S. 75 Pf.

Bonnet, S., Contribution à l'étude du traitement des rétro-déviations. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 605. Déc.

Bottermund, W., Ueber d. Beziehungen d. weibl. Sexualorgane zu d. oberen Luftwegen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 436.

Bonilly, G., De l'ascite des jeunes filles. Gaz. de Par. 52.

Boursier, André, De l'incontinence d'urine dans les prolapsus utérins au début, son traitement opératoire. Arch. clin. de Bord. V. 11. p. 511. Nov.

Broese, P., Zur intrauterinen Therapie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 570.

Bröse, Doppelseit. Ovarialabscess. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 454.

Bumm, E., Zur Frankfurter Gonorrhoedebatte. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 50.

Busobbeck, A., Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 453.

Butler-Smythe, A. C., Removal of a rapidly growing ovarian cyst which had burrowed between the uterus and the bladder. Lancet Jan. 9. 1897.

Byford, Henry T., Vaginal section for the cure of retroversion of the uterus. Med. News LXIX. 18. p. 489. Oct.

Calmann, Adolf, Zur Technik der *Alexander-Adams*'schen Operation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 4. 1897.

Cave, Edward J., Large size of ovarian cysts. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1317.

Clark, J. G., The surgical care of patients in the gynecological departement of the Johns Hopkins Hospital. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 802. Dec.

Condamin, R., De la donglassite. Gaz. des Hôp. 128.

Condamin, R., Des indications de la colummisation en gynécologie. Lyon méd. LXXXIII. p. 325. Nov.

Comby, J., Les hémorrhagies dans la vulvo-vaginite des petites filles. Gaz. des Hôp. 130.

Cripps, Harrison, Ovarian cysts communicating with the rectum. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Czempin, a) Rudimentärer Uterus. — b) Kraurosis vulvae. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 458. 460.

Davenport, F. H., The diagnosis of small ovarian tumors. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 15. p. 353. Oct.

Delbet, Pierre, De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 537. Nov.

Delbet, Pierre, Colpocystopéxie et nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. Gaz. des Hôp. 7. 1897.

Discussion on dysmenorrhoea. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Döderlein, A., Vaginitis gonorrhoica b. fehlendem Uterus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 34. 1897.

Döderlein, A., Zur Technik d. vaginalen Totalexstirpation, Klammern oder Ligatur? Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 3. 1897.

Donald, Archibald, Intraperitoneal hysterectomy and hysterectomy by the combined method for fibroid tumours of the uterus. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Doran, Alban, Cases of fibroma of the ovary and ovarian ligament removed by operation; with a series of after-histories of cases reported in the Transact. since 1879. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 187.

Doran, Alban, The removal of suppurating pelvic tumours. Lancet Jan. 23. 1897.

Dührssen, A., Zur intrauterinen Therapie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 573.

Duncan, William, On pelvic inflammation in women. Lancet Jan. 2. 1897.

Eckardt, K., Ein Fall von primärem Tubencarcinom. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 183. 1897.

Edebohls, G., Raccourcissement des ligaments ronds. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 612. Déc.

Edge, Fred., A case of uterus bicornis septus. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Eurén, Axel, a) Cystis ligam. lati; laparotomi. — b) Ventrofixatio af prolabered lifmoder. Hygiea LVIII. 10. s. 333. 336.

Falk, Edmund, Fortschritte u. gegenwärt. Stand d. vaginalen Operationstechnik. Therap. Monatsh. X. 11. 12. p. 599. 660. 1896. — XI. 1. p. 22. 1897.

Flesch, Max, Ein Fall von Uterussarkom. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51.

Flöel, Otto, Das Radfahren vom gynäkolog. Standpunkte. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48.

Frank, E., Ueber d. Unterricht in d. Frauenheilkunde. Wien. klin. Rundschau XI. 2. 3. 1897.

Franqué, Otto von, Cervix u. unteres Uterinsegment. Stuttgart 1897. Ferd. Enke. Gr. 8. II u. 191 S. mit 2 Taf. in Farbendr. u. 9 in d. Text gedr. Figg. 7 Mk.

Fredaricq, Simon, La galvanocaustique comme traitement des maladies de femmes. Belg. méd. III. 51. p. 782.

Godfrey, H. William, Extraordinary retention of a pessary. Lancet Dec. 5. p. 1600.

Gordon, Bernard, Gonorrhoea in women. New York med. Record L. 21. p. 740. Nov.

Gottschalk, S., Versamml. d. deutschen Naturf. in Frankfurt a. M.: Abth. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 472.

Gottschalk, Sigmund, Ueber intercurrente

akute Schwellungszustände an d. Eierstöcken. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Graefe, M., Ein Fall von Myxom d. Labium majus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 4. 1897.

Gramshaw. F. Sidney, Ovariotomy in country practice. Lancet Nov. 21.

Griffiths, Joseph, A case of true haematosalpinx; laparotomy; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Haggard, Wm. D., Vaginal versus abdominal section for pus in the pelvis. Amer. Pract. and News XXII. 11. p. 452. Nov.

Halbertsma, T., Over de operatieve behandeling von prolapsus uteri et vaginae. Nederl. Weekbl. II. 24.

Heidemann, Rechtseit. Adnextumor. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 460.

Heil, Karl, Ueber d. Entstehung d. Hautemphysems nach Laparotomien. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 435.

Heinricius, G., Om indikationerna för myomotomi. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1014.

Holme, T. Arthur, The technique of the vaginal total extirpation. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Helme, T. Arthur, A case of so-called prolapsus uteri (cervical hypertrophy) in a virgin, treated surgically after a new method. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Henderson, J. B., A note on the occurrence of metrorrhagia after the menopause in cases of ovarian tumours. Lancet Jan. 16. p. 170. 1897.

Herbet, Henri, Kyste dermoïde de l'ovaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 894. Nov.—Déc.

Horman, G., A case of pelvic hydatid forming a retro-uterine tumour and causing retention of urine. Lancet Nov. 21. p. 1457.

Heurtaux, Myo-fibrome de l'utérus à pédicule tordu; ablation; guérison. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 50. p. 856. Déc. 22.

Hofmeier, Zur Frage d. Heilung d. Osteomalacie. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 4.

Horn, F., Zur Kenntniss primärer Scheidensarkome b. Erwachsenen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 409.

Howitz, Un nouveau traitement des fibromes de la matrice. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 607. Déc.

Jameson, J. S., Chronic (septic) discharge treated by antistreptococcus serum. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 623. 1897.

Ingerslev, E., Om Forholdet mellem Gynäkologi og Obstetrik. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 3. 1897.

Inglis-Parsons, J., A case of malignant adenoma of the uterus. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Johnson, F. W., Treatment of cancer of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 671. Dec.

Kalabin, Johann, Zur Frage über d. Ablation d. Adnexa d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 49.

Kehrer, F. A., Bauchnaht b. Laparotomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 44.

Kelly, Howard A., Entgegnung an Prof. Dr. *Pawlik* [Prioritätsstreit über Cystoskopie]. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 50.

Kelly, Howard A., Treatment of backward displacements of the uterus. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 6. p. 629. Dec.

Kiefer, Die Virulenzverhältnisse der Adnexeiterungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 490.

Kolischer, Gustav, Der Katheterismus d. Ureteren b. Weibe. Wien. klin. Wchnschr. IX. 49.

Kolischer, Gustav, Ueber Immigration von Fadenschlingen in d. weibl. Blase post operationem. Wien. klin. Rundschau XI. 4. 1897.

Küstner, Otto, Die operative Behandl. d. Retroversio-flexio uteri. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 171., Gynäkol. 62.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 22 S. 75 Pf.

Küttner, H., Zur Tuberkulose d. äusseren weibl. Genitalien. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 533.

Labusquière, R., Du prurit vulvaire. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 73. Janv. 1897.

Landau, L., Entgegnung an Herrn *M. Sänger* [zur *Doyen*'schen Methode d. Hysterectomia vaginalis]. Nebst Replik von *M. Sänger*. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 2. 1897.

Lannois, Cancer simultané du pylore et des ovaires. Lyon méd. LXXXIII. p. 519. Déc.

Lavillauroy, Carcinome kystique des 2 ovaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 587. Juillet.

Lawrie, Macpherson, Total exstirpation of the uterus. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Le Bec, Total hysterectomy for large fibroids; new method. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Legueu et Marien, Note sur une tumeur déciduale de l'utérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 17. p. 594. Juillet.

Leopold, Gerhard, Die operative Behandl. d. Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 497.

Leopold, Gerhard, Zur vaginalen Totalexstirpation d. Uterus u. d. Adnexe wegen schwerer chron. Erkrankungen derselben. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 523.

Lewers, Arthur H. N., A note on the occurrence of metrorrhagia after the menopause in cases of ovarian tumour. Lancet Jan. 2. 1897.

Lindenthal, Otto Th., Zur Aetiologie d. sogen. Kolpohyperplasia cystica. Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 2. 1897.

Lissac, M., Les troubles consécutifs à la castration chez la femme et l'opothérapie ovarienne. Gaz. hebd. XLIII. 92.

Mackenrodt, A., Die Vesicofixatio uteri. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49. 50.

Mainzer, F., Ueber d. Werth d. Cystoskopie u. d. Ureter-Katheterismus b. Weibe. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49.

Mandl, Ludwig, Beitrag zur Frage d. Verhaltens d. Uterusmucosa während der Menstruation. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 557.

Mandl, Ludwig, Zur Kenntniss der Vaginitis gonorrhoica. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 24. 1897.

Martin, Christopher, On haematometra and pyometra. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Meyer, Leopold, Obstetricisk gynäkologisk Literaturoversigt for 1895. Nord. med. ark. N. F. VI. 5. Nr. 23.

Micheli, Cesare, L'operazione del *Baldy* nella cura del prolasso uterino. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 103.

Monod, E., Massage et troubles urinaires liés aux déviations utérines. Ann. de la Policlin. de Bord. IV. 12. p. 372. Nov.

Montgomery, E. E., The treatment of pelvic inflammatory conditions through vaginal incision. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 649. Oct.

Morelle, A., Epithélioma de la vulve; infection locale post-opératoire; emploi du sérum antistreptococcique. Presse méd. Belge XLIX. 3. 1897.

Møller, Emil, Supravaginal Hysterektomi ved Fibromyomer i Uterus. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 46. 47.

Nairne, J. Stuart, The diagnosis of early ovarian and tubal disease. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Niebergall, E., Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 491.

Norris, Richard C., The indications, dangers, and technique of uterine curettage. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 88. Nov.

Oswald, Ueber d. sogen. Nabeleinrücken als Ursache schwerer Störungen d. Verdauungs- u. Geschlechtsorgane. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 12. p. 265.

Palm, Richard, Ein Fall von Cystadenofibroma cervicis; casuist. Beitrag zu d. Adenomyomen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 92. 1897.

Palm, Richard, Beitrag zur Entstehung d. Cysten

im Hymen b. Erwachsenen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 96. 1897.

Pasea, Benavantura, Echinococco della salpinge. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 81.

Patzauer, B., Ein Fall von operirtem Leiomyoma submucosum uteri. Pester med. Presse I. 8.

Péan, Polysalpinx. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 3. p. 56. Janv. 19. 1897.

Phillips, John, Anterior colpotomy. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 213.

Pilliet, A. H., et Victor Veau, Capsule surrénale aberrante du ligament large. Progrès méd. 3. S. V. 5. 1897.

Popoff, Demetrius, Un cas rare de sténose acquise du vagin. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 66. Janv. 1897.

Ramage, John, Congenital absence of the ovaries with rudimentary uterus. Lancet Dec. 12.

Ricard, A., Sur un procédé opératoire des fistules vésico-vaginales. Gaz. des Hôp. 125.

Richelet, L. G., Sur la traitement des prolapsus génitaux. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 322. Nov.

Routh, Amand, Hydrosalpinx and small ovarian cyst removed by anterior colpotomy. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 185.

Sänger, M., Ueber vaginale Klemmen-Hysterektomie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 3. 1897.

Schaaffar, Oskar, Weitere Angaben zur Technik d. Bauchschnittnaht. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 48.

Schauta, Friedrich, Die vaginale Ovariotomie. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 1. 1897.

Schenk, Ferdinand, Tuberkulose der äusseren weibl. Genitalien. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 526.

Schramm, Justus, Ein neuer Fall von Haematoma ligamenti rotundi uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 45.

Schultz, Heinrich, Zur Frage d. Permeabilität d. Eileiter. Ungar. med. Presse I. 11.

Schwarze, Gustav, Ein neuer Scheidenhalter b. vaginalen Operationen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 3. 1897.

Sebileau, Pierre, Traitement des polypes de l'utérus. Gaz. de Par. 2. 1897.

Seiffart, Nachweisung einer Haarnadel in der weibl. Blase durch X-Strahlen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 1. 1897.

Samb, Oscar, Om de papilläre Ovarial-Kystomer. Kristiania. Steenske Bogtr. 8. 109 S.

Shoemaker, George Erety, Cases illustrating 3 methods of hysterectomy for differential indications. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 654. Oct.

Sippel, Albert, Die Operationen zur Fixation d. Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 47.

Sneguiraff, 83 Fälle von Myomo-hysterectomia abdominalis, nach modificirtem *Boyen*'schen Verfahren. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 525.

Steffeck, Zur vaginalen Coeliotomie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44.

Steinthal, Die operative Behandl. d. Retroflexio uteri u. d. *Alexander-Adams*'sche Operation. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48. 50.

Stirton, James, Vaginal versus abdominal surgery. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 411. Dec.

Stone, R. M., Report of a case of malignant uterine tumor treated by the toxins of erysipelas and bacillus prodigiosus. New York med. Record L. 21. p. 746. Nov.

Sterer, Malcolm, A study of axis rotation with especial reference to the torsion of ovarian tumors. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 19. p. 461. Nov.

Sterer, Malcolm, On the traumatic rupture of ovarian cysts. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 21. p. 518. Nov.

Sutton, J. Bland, On some interesting pelvic cases. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Talley, Frank W., The proper position of coeliohysteropexy in gynecology. Philad. Policlin. V. 45. p. 441. Nov.

Therén, A. V., a) Carcinoma recti et vaginae; operation. — b) Trenne fall af supracervikal uterusexstirpation. — c) Tvänne fall af perineo-vaginal exstirpation af uterus för karcinom. Hygiea LVIII. 10. s. 317. 318. 320.

Tripier, Kyste ovarique ou utérin? Traitement médical complexe; guérison. Bull. de Thér. CXXXI. 10. p. 456. Nov. 30.

Vanverts, J., 2 cas de kyste dermoide de l'ovaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 642. Juillet—Oct.

Vanverts, J., Fibrome sous-péritonéal pédiculé de l'utérus at hématocèle retro-utérine. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 753. Nov.

Vautrin, Collections séreuses pelviennes. Gaz. des Hôp. 126.

Veau, Victor, Kyste hydatique du ligament large. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 18. p. 667. Juillet—Oct.

Veit, J., Handbuch d. Gynäkologie. I. Band: *Löhlein:* Asepsis u. Antisepsis in d. Gynäkologie. — *Küstner:* Lage- u. Bewegungsanomalien d. Uterus u. seiner Nachbarorgane. — *Veit:* Erkrankungen der Vagina. — *Bumm:* Gonorrheische Erkrankungen d. weibl. Harn- u. Geschlechtsorgane. — *Nagel:* Entwickelung u. Entwickelungsfehler d. weibl. Genitalien. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 628 S. mit Abbild. 13 Mk. 60 Pf.

Verhandlungen d. Gesellschaft f. Geburtshülfe u. Gynäkologie zu Berlin. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 453.

Vineberg, Hiram N., Acute catarrhal salpingitis; its resemblance to appendicitis; differential diagnosis. New York med. Record L. 21. p. 735. Nov. 1896. — LI. 2. p. 71. Jan. 1897.

Wallace, John, Notes on the evolution of treatment of uterine fibroids. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Wallich, V., Les ballons *Champetier de Ribes* (petites modèles). Revue d'Obstétr. IX. p. 325. Nov.—Déc.

Wertheim, E., Zum Aufsatze *A. Müller's:* die Ballondilatation d. Cervix u. Scheide. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 584.

Werthaim, E., Noch ein Wort zur Frankfurter Gonorrhöedebatte. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 2. 1897.

Westphal, Ein Fall von Mastdarmvorfall, entstanden nach Operation eines totalen Uterusprolapses. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 4. 1897.

White, Herbert W., Practical observations on the electrical treatment of uterine, mammary and other diseases. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Yamagiwa, K., 2 Fälle von Dermoidcyste d. Ovarium mit carcinomat. Degeneration u. Metastasenbildung. Virchow's Arch. CXLVII. 1. p. 99. 1897.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Heinricius, Mermet, Pilliet, Remfry, Robb, Sokoloff. IV. 2. Engel; 3. Katz. V. 1. Tait; 2. c. *Krankheiten d. Mamma,* Thomas. VII. Condamin, Dorland, Gassner, Grusdew, Moned, Merisen, Merse, Meuchet, Sutten, Vanderveer, Walten. IX. Beyer. X. Friedenwald. XIII. 2. Dalché, Dührssen, Sänger, Schaeffer; 3. Faitout. XIX. Kalender.

VII. Geburtshülfe.

Adam, James, Puerperal fever treated by antistreptococcic serum, followed immediately by entario fever; recovery. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Adenet, Bassin cypho-scoliotique; symphyséotomie suivie de succès pour la mère et l'enfant. Lyon méd. LXXXIII. p. 297. Nov.

Ahlfeld, F., Die Bedeutung der äusseren Untersuchung d. Gebärenden gegenüber d. inneren. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Ahlfeld, F., Perforation, Kaiserschnitt, künstliche Frühgeburt, spontane Geburt? Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 21.

Auhel, Ch. van, Traitement des présentations transversales irréductibles. Presse méd. Belge XVIII. 47.

Balland, Justin, Influence du saturnisme sur la marche de la grossesse, le produit de la conception et l'allaitement. Gaz. hebd. XLIII. 96.

Baumm, P., Ueber Asepsis u. Antisepsis in d. Geburtshülfe. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 621.

Beaucamp, Ueber Hebammen- u. Wärterinnen-Wesen. Köln a. R. Köln. Verl.-Anst. u. Druck., A.-G. 8. 47 S.

Béchet, Une opération césarienne à la campagne; grossesse à terme chez une rachitique à bassin vicié; intervention après 3 jours de travail; enfant vivant; guérison. Progrès méd. 3. S. IV. 46.

Beeking, A. G. Th., Casuistische mededeelingen uit de obstetrio.-gynäkol. praktijk [Twe gevallen van sectio caesarea wegens relatieve indicatie verricht]. Nederl. Weekbl. I. 3. 1897.

Bell, Guido, Ueber Störungen im Geburtsverlauf, welche durch eine zu kurze Nabelschnur veranlasst werden. Memorabilien XL. 6. p. 347.

Bishop, E. Stanmore, Post-partum haemorrhage and its treatment. Lancet Oct. 31. 1896. — Jan. 16. p. 205. 1897.

Byers, John W., A plea for the early recognition and treatment of puerperal fever. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Byers, John W., The pathology of eclampsia. Lancet Jan. 2. 1897.

Cameron, Murdoch, Retroversion of the pregnant uterus, reducible and irreducible, with a new method of treatment. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Chaleix, Sur un cas d'infection puerpérale généralisée et traitée par la sérothérapie. Gaz. hebd. XLIII. 100.

Chaleix-Vivie, De la conduite à tenir dans la rétention placentaire post-abortive. Gaz. hebd. XLIII. 104.

Cock, Julia, A case of deciduoma malignum, with an account of the post-mortem examination and microscopic appearances. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Collins, Ethelbert, A case of extrauterine gestation. Lancet Dec. 19. p. 1753.

Condamin, 2 cas de grossesse et d'accouchement normal après l'hystéropexie abdominale antérieure. Lyon méd. LXXXIII. p. 433. Nov.

Davis, E., Abnormal rotation of the occiput [in labor]. Philad. Policlin. V. 52. p. 511. Dec.

Davis, Edward P., Symphyseotomy for the relative indication. Med. News LXX. 3. p. 78. Jan. 1897.

Discussion on the causation and treatment of secondary puerperal haemorrhage. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Discussion on the relative advantages of forceps and version as a means of extraction in cases of moderate pelvic deformity. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Donald, A., 3 cases of symphysiotomy. Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 513. Dec.

Dorland, W. A. Newman, Gestational complications and dystocia subsequent to anterior fixation of the uterus. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 163. Dec.

Draghiesco, La symphyséotomie. Arch. des Sc. méd. I. 6. p. 529. Nov.

Dührssen, A., Ueber chirurg. Fortschritte in der Geburtshülfe. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. 49.

Durante, G., Du décidnome malin ou épithélioma ectoplacentaire. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. 12. p. 614. 684. Nov., Déc.

Edgar, J. Clifton, The treatment of puerperal eclampsia. New York med. Record L. 26. p. 913. Dec.

Egbert, J. Hobart, Uterine hemorrhage following abortion. Philad. Policlin. V. 44. p. 434. Oct.

Eiermann, Arnold, Fall von klin. festgestellter Graviditas tubo-uterina (interstitialis). Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 37. 1897.

Eiermann, Arnold, Ueber puerperale Gallensteinkolik. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Engström, Otto, Uterint hafvandeskap efter förutgången tubargraviditet. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1006.

Erok, Theodore A., Subinvolution. Philad. Policlin. V. 47. p. 461. Nov.

Fothergill, W. E., *Walcher's* position in parturition. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Gardner, H. Bellamy, On the use of anaesthesia in obstetric practice. Brit. gynaecol. Journ. XLVII. p. 358. Nov.

Gerschun, Mark, Ueber 2 Drillingsgeburten. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 52.

Gessner, Geburtsbeobachtungen bei antefixirtem Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 455.

Gibson, John R., A case of puerperal eclampsia without renal symptoms; blood-letting; recovery. Lancet Oct. 24. p. 1153.

Godson, Clement, On antiseptic midwifery. Lancet Jan. 23. 1897.

Good, J., Coccyx obstructing labour. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1569.

Grusdew, W. S., Zur Statistik d. Geburten nach Antefixatio uteri. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Guérard, A. H. v., Bemerkungen zu d. Aufsatz: Schwangerschaft b. fast vollständ. Verschluss d. Hymens, complicirt mit Nephritis u. vorzeit. Lösung d. normal sitzenden Placenta. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. Vgl. a. 47.

Hart, D. Berry, The nature and diagnosis of the so-called fleshy mole. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Heinricius, Laparotomi für extrauterint tubo-abdominell hafvandeskop. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 11. s. 953.

Henrotin, Fernand, Early rupture in extra-uterine pregnancy and its treatment. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 535.

Hepworth, Archibald, F., Case of hydatidiform degeneration of the placenta. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Herrenschneider, Ein Beitrag zur causalen Behandlung d. Kindbettfiebers. Strassburg. Friedr. Bull. 8. 28 S. 80 Pf.

Henck, H., Ueber Gefahren in Folge Retention von Placentaresten nach reifen Geburten. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 1. p. 7. 1897.

Hirst, Barton Cooke, Symptoms and diagnosis of puerperal infection. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 73. Nov.

Hirst, Barton Cooke, Maternity department of the University Hospital. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 162. Dec.

Hörschelmann, Ernst, Die Calamität d. geburtshülfl. Landpraxis. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 46. 47.

Hofmeier, M., Ueb. Tubarschwangerschaft. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 1.

Jarvis, John, An uncommon midwifery case. Lancet Nov. 7. p. 1305.

Joachimsthal, Ueber Verbildungen so extrauterin gelagerten Foten. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 4. 1897.

Jones, H. Macnaughton, A clinical and pathological summary of decidnoma. Brit. gynaecol. Journ. XLVII. p. 350. Nov.

Jordan, Max, Tubargravidität in einer Leistenhernie. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

Kahn, Emanual, Die therapeut. Anwendung d. Dampfs gegen Endometritis puerperalis. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 49.

Karström, W., och A. Vestberg, Om det s. k. deciduoma malignum. Hygiea LVIII. 12. s. 613.

Kelly, Treatment of ectopic pregnancy by vaginal puncture. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68—69. p. 209. Nov.—Dec.

Kempf, E. J., Hydatidiform degeneration of the villi of the chorion. Amer. Pract. and News XXII. 3. p. 281. Oct.

Klauer, Bericht über d. Jahr vom 1. April 1894 bis 31. März 1895. [Geburtsh. Klinik.] Charité-Ann. XXI. p. 555.

Kleinwächter, Ludwig, Die Geburt b. Fibromyomen d. Uterus u. d. dadurch bedingten Gefahren. Wien. med. Presse XXXVII. 50.

Klien, Rudolf, Die geburtshülfl. Bedeutung der Verengerungen d. Beckenausganges, insb. d. Trichterbeckens. [v. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 169. Gynäkol. 61.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 43 S. 75 Pf.

Klien, R., Noch ein Wort zur Zange am nachfolgenden Kopfe. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 52.

Knapp, Ludwig, Ueber d. Verwendbarkeit d. Phonendoskops von *Bianchi* u. *Bazzi* in d. Geburtshülfe. Prag. med. Wchnschr. XXI. 46.

Köstlin, Rudolf, Schwangerschaft b. fast vollständ. Verschluss d. Hymens, complicirt mit Nephritis u. vorzeit. Lösung d. normal sitzenden Placenta. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Kossmann, R., Die geburtshülfl. Praxis. [Med. Bibl. 85—89.] Leipzig. C. G. Naumann. 8. XVI u. 218 S. mit 23 Abbild. 2 Mk. 50 Pf.

Laird, Thomas, Post-partum haemorrhage and its treatment. Lancet Dec. 19.

Lange, Johannes, Ueber Aetiologie u. Therapie d. fieberhaften Wochenbetterkrankungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49. p. 1217.

Laruelle, L., Un cas d'infection puerpérale traité par le sérum antistreptococcique; guérison. Presse méd. Belge XLVIII. 43.

Lavabre, Rétention foetale pendant 5 mois. Lyon méd. LXXXIII. p. 552. Déc.

Leja, Anton, Kaiserschnitt b. osteomalac. Becken. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 49.

Lindfors, A. O., och C. Sundberg, Bidrag till eklampsiens kasuistik och patologi. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 2 o. 3. s. 91. 1897.

Lindfors, A. O., Fall von Deciduoma malignum nach Blasenmole (vorläuf. Mitth.). Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 1. 1897.

Liszt, F., Ruptura centr. perinaei; Entbindung im Wege d. Ruptur. Ungar. med. Presse I. 8.

Loutokhin, M., Sur les cystes du placenta. Arch. russes de Pathol. etc. II. 3. p. 420.

Lusk, Wm. T., A case of tubal pregnancy simulating appendicitis. Med. News LXIX. 26. p. 722. Dec.

Lwow, J., Ptyalismus perniciosus gravidarum. Eshened. 14. 15. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Lycott, John A., Dystocia from relative shortness of the funis. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Mc Caw, John, Notes on a case of premature labour presenting some unusual features. Lancet Oct. 31.

Malcolm, John D., Remarks on the diagnosis and treatment of extrauterine foetation with notes of a complicated case. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Marchesi, O., Di uno dei metodi di dilatazione artificiale del collo e della bocca uterina in obstetricia. Rif. med. XII. 297. 299.

Marshall, G. Balfour, A case of ruptured ectopic gestation about the fifth week; a contribution to the etiology and pathological anatomy of early tubal pregnancy. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 377. Nov.

Martin, A., Zur Kenntniss der Tubarschwangerschaft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. I. p. 1. 1897.

Mensinga, Das Recht d. Frau [Selbstbestimmung bei geburtshülfl. Operationen]. Wien. klin. Rundschau X. 50.

Meyer, Hans, Einiges über intrauterine Kindesbewegungen. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 22.

Meyer, Hans, Einige Fälle von intrauteriner Verletzung d. Nabelschnur. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 1. 1897.

Monks, C., A case of hand- and shoulder presentation with spontaneous evolution. Lancet Nov. 28. p. 1524.

Monod, Fernand, Fibromes utérins et utérus gravide. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 740. Oct.—Nov.

Moorhead, T. Hamilton, A case of acute puerperal septic intoxication treated with antistreptococcic serum; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 23. p. 204. 1897.

Morison, Rutherford, Notes on 3 cases of fibroid tumours of the uterus complicated by pregnancy and treated by operation. Brit. gynaecol. Journ. XLVII. p. 365. Nov.

Morison, Rutherford, and Lionel Calthrop, 3 cases of ectopic gestation. Brit. gynaecol. Journ. XLVII. p. 376. Nov.

Morse, Thomas H., Case of dermoid ovarian cyst impacted in the pelvis which was removed by abdominal section during the 9th. month of pregnancy. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 221.

Mouchet, Cas d'ovariotomie double chez une femme enceinte de 3 mois; continuation de la grossesse; accouchement à terme d'un enfant vivant. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 3. p. 44. Janv. 19. 1897.

Mueller, A., Zur Ballondilatation der Cervix u. Scheide nach *Champetier-Mäurer*. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 415.

Murray, R. Milne, On deflection and rotation of the pregnant and puerperal uterus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 160. Febr. 1897.

Neumann, Julius, Beitrag zur Kenntniss der Blasenmolen. Wien. klin. Wchnschr. X. 4. 1897.

Neumann, Siegfried, Untersuchungen über Schwefelsäureausscheidung u. Darmfäulniss bei Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 441.

Nyhoff, Ein Verfahren zur Behandlung d. Placenta praevia (centralis). Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 405.

Oui, L'accouchement chez les primipares âgées. Revue d'Obstétr. IX. p. 261. Sept.—Oct.

Patellani, S., Die mehrfachen Schwangerschaften, d. Extrauteringraviditäten vom anthropogenet. Gesichtspunkte aus betrachtet. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 373.

Pestalozza, E., Sul moderno concetto e sulla cura della eclampsia puerperale. Settimana med. L. 50. 51. 1896. LI. 1. 1897.

Pfleiderer, R., Ein Fall von Uterusruptur bei einer Erstgeschwängerten. Memorabilien XL. 5. p. 271.

Pinard, A., De la symphyséotomie à la Baudeloque du 7 déc. 1895 au 7 déc. 1896. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 1. Janv. 1897.

Pinard, A., Gastro-hystérectomie suivie d'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 3. p. 47. Janv. 19. 1897.

Puech, P., Hémorrhagie du placenta praevia ou hémorrhagie du placenta normalement inséré. Gaz. des Hôp. 4. 5. 1897.

Purslow, C. E., On perforation of the aftercoming head. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Rentoul, Robert Reid, Is it tha best interests of public health and of public safety that the proposed plan of supplying power women only with midwives should be opposed, and if so, how are midwives to be done without? Lancet Jan. 16. 1897.

Reynolds, J. P., Anesthesia in obstetrics. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 16. p. 382. Oct.

Rhu, A., Report of a case of placenta praevia, complicated with puerperal convulsions. Clevel. med. Gaz. XII. 2. p. 76. Dec.

Roberts, C. Hubert, 2 cases of rupture of the uterus. Lancet Dec. 19.

Rosenthal, Jacob von, Ein Fall intramuraler Schwangerschaft. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 51.

Rossi-Doria, Tullio, Ueber d. lokalen u. allgemeinen Intoxikationen als prädisponirende Ursache d. Puerperalinfektionen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. 52.

Rouse, E. R., Gangrene complicating puerperal mania. Lancet Nov. 14.

Saft, Heinrich, Beiträge zur Puerperalfieberfrage. 1. Zur Prophylaxe u. Therapie d. Wochenbettfiebers. Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 579.

Salus, Hugo, Ueber Hydrocephalus in Beckenendlage. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 52.

Saxl, Josef, A case of rupture of the utorus. New York med. Record L. 18. p. 641. Oct.

Schauta, Friedrich, Die klin. Bedeutung der Blasenmolen. Wien. med. Presse XXXVIII. 1. 1897.

Schmorl, Ueber grosszellige (deciduaähnliche) Wucherungen auf d. Peritonaeum u. d. Ovarien b. uteriner Schwangerschaft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 1. p. 46. 1897.

Sepihus, C. de, Grossesse extra-utérine; accouchement par le rectum qui a duré 10 ans et 8 mois. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 12. p. 756. Déc.

Sheon, A., A case of puerperal septicaemia treated by antistreptococcus serum; death. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1774.

Smith, Alfred J., A case of ruptured tubal pregnancy treated by abdominal section; recovery. Dubl. Journ. CIII. p. 37. Jan. 1897.

Stein, J., 3 Fälle von abgestorbenen Früchten in utero. Eshened. 12. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Stransky, Max, Die Hebammenplage u. ihre Bekämpfung. Wien. med. Presse XXXVIII. 3. 4. 1897.

Strassmann, P., Ueber d. Geburt d. Schultern u. über d. Schlüsselbeinschnitt (Cleidotomia). Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 135. 1897.

Suooow, W., Ein Fall von centralem Dammriss mit Entwickelung d. Kindes durch denselben. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Sutton, R. Stansbury, Double ovariotomy followed by pregnancy, and double ovariotomy during pregnancy followed by birth of twins at term. New York med. Record L. 18. p. 643. Oct.

Swift, John B., A case of symphyseotomy. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. p. 621. Dec.

Tuttle, Albert H., A case of general septic peritonitis following abortion. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. p. 623. Dec.

Vanderveer, A., Uterine fibroids complicated by pregnancy. Med. News LXIX. 24. p. 659. Dec.

Van de Velde, Th., Recherches expérimentales sur l'auto-intoxication gravidique. Paris. A. Maloine. 8. 4 pp. — Wien. klin. Rundschau X. 50.

Vinay, De l'oedème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse. Lyon méd. LXXXIII. p. 289. Nov.

Walla, Béla, Studien im Anschlusse an 115 Zangenoperationen. Ungar. med. Presse I. 8.

Walton, Paul, Hystéropéxie vaginale et grossesse. Belg. méd. IV. 4. p. 101. 1897.

Warden, A. A., Abdominal examination in pregnancy and labour. Glasgow med. Journ. XLVI. 6. p. 422. Dec.

Weil, Josef, Spontanruptur d. graviden Horns b. Uterus bicornis im 9. Schwangerschaftsmonate mit tödtl. Ausgange. Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 46.

Weil, Josef, Ruptur d. schwangeren Tube; Laparotomie; Heilung. Prag. med. Wchnschr. XXI. 47.

Wendelor, P., Bemerkungen zu d. Aufsatze d. Herrn Dr. *F. Schnell:* über einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Puerpera. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 581.

Westphalen, Friedrich, Ueber d. mikrochem. Nachweis von Eisen im fötalen Organismus nebst Beschreibung eines Falles von *Schatz*'scher Zwillingsschwangerschaft. Arch. f. Gynäkol. LIII. 1. p. 31. 1897.

Williams, John D., The value of antistreptococcic serum in the treatment of severe puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Winternitz, Eugen, Ueber d. Zangenentbindungen an der Tübinger Universitäts-Frauenklinik (Prof. *v. Saexinger*) in d. JJ. 1882—1896. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 547.

Worcester, A., A 3. series of 200 consecutive cases of midwifery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 15. p. 355. Oct.

Zweifel, P., Ueber plötzl. Todesfälle von Schwangern u. Wöchnerinnen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 1. 1897.

S. a. I. Berggrün, Camerer. II. Eden, Hammar, Herff, Hofmeier, Hüttenbrenner, Schatz, Schultze, Valenta. III. v. Franqué, Reinicke, Remfry, Sokoloff. IV. 2. Herrick. 4. Atkinson; 8. Cutter, Guillemot, Hallervoorden, Jolly, Walton. V. 2. a. De Paoli; 2. c. *Krankheiten der Mamma;* 2. e. Darey. VI. Baldwin, Ingerslev, Meyer, Verhandlungen. VIII. Camerer. X. Lehmann. XIII. 2. Dove, Godson, Gundrum, Weiland; 3. Williams. XVI. Allard, Bedford, Huemann, Mittenzweig. XX. Landau.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Abt, Isaac C., The clinical significance of the childs fontanelle. Medicine II. 11. p. 881. Nov.

Baginsky, Adolph, Zur Pathologie d. Durchfallkrankheiten d. Kinder. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 2. 1897.

Barbier, H., Sur l'emploi des injections souscutanées d'eau salée stérilisée (sérum artificiel) dans l'infection intestinale chez les nourrissons. Revue des Mal. de l'Enf. XIV. p. 580. Déc.

Braun, Ludwig, Ueber d. nächtl. Aufschrecken d. Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 407.

Brown, Marshall L., Cholera infantum. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 567. Dec.

Camerer, W., Die chem. Zusammensetzung d. Frauenmilch mit Bemerkungen über d. künstl. Ernährung d. Säuglinge. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 51.

Charpentier, Sur les mesures et ouvrages envoyés en 1896 à la commission permanente de l'hygiène des enfants. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 46. p. 649. Nov. 24.

Diphtherie s. III. *Bernheim, Brieger, Cobbett, Croly, De Martini, Dziergowski, Lommel, Mackay, Peters, Schanz, Schierbeck, Schottelius, Sharp, Trumpp, Wood.* IV. 2. *Atkins, Baader, Brückner, Carlsen, Crocq, Cuno, Dabney, Fennyvessy, Fischer, Frank, Goodall, Gottstein, Hammer, Kühnau, Lesser, Leyden, Lorentzen, Mackay, Passini, Pluder, Posselt, Rauchfuss, Russell, Saunders, Sharp, Siegert, Smirnow, Thomas, Vierhuff, Warrack, Wells;* 8. *Henschen.* V. 2. a. *Löhr.* XIII. 2. *Graetzer, Lueddeckens.* XIX. *Beitter.*

Donkin, H. B., The glandular fever of childhood. Lancet Jan. 23. p. 274. 1897.

Dräer, Arthur, Die Barlow'sche Krankheit. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XV. 10—12. p. 378.

Gilbert, R. B., The care of premature infants after induced and accidental labors. Amer. Pract. and News XXII. 8. p. 285. Oct.

Handbuch d. Kinderkrankheiten, herausgeg. von *C. Gerhardt.* Nachtrag: die Syphilis im Kindesalter von *O. Heubner.* 8. VIII S. u. S. 287—423. 3 Mk.

Joukowsky, V., Dégénérescence vitreuse (hyaline) des nouveau-nés. Arch. russes de Pathol. etc. II. 6. p. 836.

Kassowitz, M., Tetanie u. Autointoxikation im Kindesalter. Wien. med. Presse XXXVIII. 4. 5. 1897.

Kaufmann, 3. Jahresbericht d. Pfälz. Kinderhei-

stätte zu Dürkheim a. H. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XII. 12. p. 242.

Kelley, S. W., Pediatrics, past, present and prospective. Cleveland med. Gaz. XI. 11. p. 607. Nov.

Keuchhusten s. IV. 2. *Broido, Gundrum, Ritter, Sticker;* 8. *Bernhardt.* XIII. 2. *Le Goff.*

Knapp, Ludwig, Ueber Asphyxia neonatorum u. deren Behandlung. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 5. p. 445.

Knapp, Ludwig, Zu d. Aufsätzen in Nr. 28, 37 u. 45 d. Centr.-Bl. f. Gynäkologie. [Zungentraktionen zur Wiederbelebung asphykt. Neugeborner.] Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 51.

Leuch, Sanitäre Erfolge d. Züricher Ferienkolonien im J. 1895. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 21.

Maillart, Henri, Quelques réflexions sur le fonctionnement et les résultats des conveuses Lion pendant l'exposition nationale. Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. p. 644. Nov.

Marfan, La vie infantile et ses périodes. Semaine méd. XVI. 59.

Masern s. IV. 2. *Allison, Atkins, Bartsch, Dudley, Ennet, Feltz, Lop, Mackey, Möller, Ricks.* XVIII. *Behla.*

Meyer, Hans, Zur Wiederbelebung asphykt. Neugeborner. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 21. 23.

Moncorvo, Sur l'emploi de l'analgésie dans la thérapeutique infantile. Bull. de Thér. CXXXI. 12. p. 520. Déc. 30.

Monks, G. H., A new method for the prevention of thumb-sucking in children. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 673. Dec.

Monti, Aloie, Verdauung u. natürl. Ernährung d. Säuglinge. [Wien. Klin. XXIII. 1; Jan. 1897.] Wien 1897. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 24 S. 75 Pf.

Nicolaysen, Lyder, Meddelelser fra Rigshospitalets pädiatrieke Afdeling: Beretning om Afdelingene Virksomhed 1893—1895. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 12. S. 1218.

Ringier, G., Offene Frage betreffs d. Wiederbelebung asphyktischer Neugeborner. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 22.

Roche et Jourdanet, Les incontinences d'urine de l'enfant. Gaz. des Hôp. 3. 1897.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Armstrong, Atkins, Cameron, Cosgrave, Dittmar, Dudley, Faber, Gordon, Korteweg, Lee, Löhr, Lorentzen, Macarthur, Salman, Schiperowitsch.* V. 2. *Knopf.*

Seitz, C., Bericht d. kön. Universitäts-Poliklinik f. Kinderkrankheiten im Reisingerianum pro 1896. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

Smith, J. Lewis, Best methods of examining sick children, with a consideration of some obscure diseases. Med. News LXIX. 25. p. 680. Dec.

Taylor, Gerard C., A case of tetanus neonatorum. Lancet Dec. 19.

Taylor, John Madison, Post-graduate teaching in diseases of children. Philad. Policlin. V. 48. p. 473. Nov.

Turner, G. A., The successful preventive treatment of the scourge of St. Kilda (tetanus neonatorum). Brit. med. Journ. Oct. 24.

Verger, Henri, Les injections hypodermiques de sérum artificielle dans le traitement de l'athrepsie. Arch. clin. de Bord. V. 11. p. 521. Nov.

Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. Sektion f. Kinderheilkunde. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 233.

Wendeler, P., Bemerkungen zu d. Aufsatz d. Herrn Geh. Rath *B. S. Schultze* „über d. b. Scheintod Neugeborner vorliegenden Indikationen". Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 45. Vgl. Nr. 37.

Whitney, Herbert B., Gland-fever. Med. News LXIX. 24. p. 664. Dec.

Williams, Dawson, A note on the glandular fever in childhood. Lancet Jan. 16. 1897.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Bergkammer, Booker, Monod. IV. 2. Dennig, Holt, Hutinel, Lévi; 3. Griffith, Hanson, Le Gendre, Naohod; 4. Boije, Hauser, Unruh; 5. Ayling, Grasset, Marfan, Northrup, Railton, Shaw, Steven, Sutclife; 6. Nicolaysen; 8. Bischoff, Brasch, Brauer, Broido, Coën, Dejerine, Eichhorst, Fieux, Finlayson, Henschen, Jolly, Leick, Myles, Rommo, Thérèse; 9. Epstein, Leidy, Wilson; 10. Caillaud; 11. Jolly, Lahbé. V. 1. Milliken, Sullivan, Swohoda; 2. a. Clopatt, Haynes; 2. c. Averill, Barlow, Bókai, Elliot; 2. d. Hammond; 2. e. Owen. IX. Kalischer. X. Chartres, Kohlanck, Landolt, Sym, Welander. XI. Hillis, M'Cullagh, Rupp. XIII. 2. Comby, Hock, Moncorvo, Rey; 3. Conrade, Korn. XIV. 1. Gernor. XV. Charpentier, Friedrich, Friend, Genersich, Klautsch, Klemm, Macphail, Moser, Pochon, Popper, Roberteon, Schütz. XVI. Ungar. XIX. Kalendor.

IX. Psychiatrie.

Adler, Arthur, Ueber d. im Zusammenhange mit akuten Infektionskrankheiten auftretenden Geistesstörungen. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 740. 1897.

Allison, H. E., Simple melancholia and its treatment. New York med. Record LI. 2. p. 39. Jan. 1897.

Andel, A. H. van, De krankzinnigen-kolonie te Dun-sur Auron. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. bla. 1.

Beach, Fletcher, Cases of mental enfeeblement; recovery. Lancet Nov. 7.

Bechterew, W. v., Ueber patholog. Empfindungen u. Mitempfindungen b. Geisteskranken. Neurol. Centr.-Bl. XV. 23.

Behr, A., Bemerkungen über d. Behandlung unruhiger Geisteskranker ausserhalb d. Irrenanstalt. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 44.

Bericht über d. Irrenanstalt Basel 1895. Basel. Druckerei d. Allg. Schweizer Ztg. 8. 74 S.

Bernstein, Al., Sur le rôle du séjour au lit dans le traitement des aliénés. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 55. Janv.—Févr. 1897.

Beyer, Ernst, Ueber eine Form d. akuten Verworrenheit im klimakter. Alter. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 182.

Bogdan, T., Zur Irrenpflege. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VII. p. 649. Dec.

Bourneville, Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie. Progrès méd. 3. S. V. 2. 1897.

van Brero, Sur l'amok [Zwangsempfindung]. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 364. Nov.—Déc.

Brosius, C. M., Zur Wärterfrage. Irrenfreund XXXVIII. 7 u. 8.

Christian, J., A propos de l' „open door". Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 68. Janv.—Févr. 1897.

Cramer, Versamml. d. Ver. deutscher Irrenärzte in Heidelberg am 18. u. 19. Sept. 1896. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Crocq fils, J., Die Heredität in d. Psychopathologie. Wien. klin. Rundschau X. 48. 49.

Darin, Assistance des aliénés dans l'état de New York. Arch. de Neurol. 2. S. II. 11. p. 362.

De Sanctis, Sante, Sopra un speciale disturbo dell' attenzione di un degenerato. Bull. della Soc. Lancis. XVI. 2. p. 113.

Deventer, J. van, Bijdrage tot de leer van den waanzin op neurasthenischen bodem. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 173.

Dhenr, Pierre, De l'état de la sensibilité chez quelques mélancoliques. Gaz. hebd. XLIV. 7. 1897.

Donath, Julius, Zur Kenntniss d. Anancasmus

(psych. Zwangszustände). Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 211.

Doutrehente, Union des médecins aliénistes français. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 337. Nov.—Déc.

Doutrehente, De l'hospitalisation des aliénés et des idiots dans le département de Loir-et-Cher. Arch. de Neurol. 2. S. II. 2. p. 453. Déc.

Edel, Max, Die Fürsorge f. verletztes u. invalide gewordenes Irrenwartpersonal. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. I. p. 15. 1897.

Elzholz, Adolf, Beitrag zur Kenntniss d. Delirium tremens. Jahrbb. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 180. 1897.

Erp Taalman Kip, M. J. v., Akute manie. Feesth. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 97.

Feesthundel uitgegeven door de Nederlandsche Vereenigung voor Psychiatrie ter eere van haar 25-jarig bestaan. 's Hertogenbusch. C. N. Teulings stoom snelpersor. 8. XXIII en 353 blz. met 9 pl.

Garnier, Paul, Indications et opportunité de l'internement des aliénés suivant la forme d'aliénation mentale. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 432. Nov.

Gilbert-Ballet et J. Roubinovitch, Les persécutés processifs. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 458. Nov.

Hallervorden, E., Arbeit u. Wille. Personenkunde oder klin. Psychologie zur Grundlegung d. Psychohygieine. Heft 2. Würzburg. A. Stuber's Verl. 8. VI u. 50 S. 1 Mk. 20 Pf.

Harris-Liston, Ll., School-made insanity. Lancet Jan. 9. 1897.

Heilbronner, Karl, Bettbehandlung u. Einzelzimmerbehandlung. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 1. p. 717. 1897.

Heller, Theodor, Ueber Aphasie b. Idioten u. Imbecillen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 3. p. 175. 1897.

Helweg, Om psychiatrisk Forskning. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 4. 1897.

Henneberg, R., Beitrag zur Casuistik d. Paranoia chronica. Charité-Ann. XXI. p. 760.

Hess, Eduard, Ueber d. Ulnarissymptom (*Biernacki*) b. Geisteskranken. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 51.

Hill, Charles, Some observations on the effect of thyroid feeding on the insane. Transact. of the Fac. of Maryl. p. 30.

Honigmann, G., Zur Kenntniss psych. Störungen im Verlaufe von Nierenkrankheiten. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 20.

Ilberg, Georg, Die Dementia paralytica. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 168. Innere Med. 52.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 40 S. 75 Pf.

Kalischer, S., Ein Fall von Influenzapsychose im frühesten Kindesalter. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. XXIX. 1. p. 231.

Koch, J. L. A., Ein 3. Mal d. überwerthigen Ideen. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. N. F. VII. p. 585. Nov.

Koenig, W., Ueber Mitbewegungen b. gelähmten u. nicht gelähmten Idioten. Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 373. 1897.

Kovalevsky, Paul, Folie hystérique. Gaz. hebd. XLIII. 90.

Kovalevsky, Paul, Folie à deux. Gaz. hebd. XLIII. 100.

Laehr, Heinrich, Die Bedeutung d. Psychiatrie f. d. ärztl. Unterricht. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 3. 4. 1897.

Leeper, Richard R., A case of acute delirious mania leading to mutilation. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1382.

Levi, Charles, Idiotie due à un arrêt de développement du cerveau, microcéphalie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 810. Nov.

Liepmann, Vom III. internat. Congress f. Psychologie in München. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 1. p. 67.

Lindsay, John, Sexual hypochondriasis in the male. Philad. Policlin. V. 42. p. 411. Oct.

Looh, Wie man in Erfurt Wahnsinnige behandelte. Thür. Corr.-Bl. 12.

Lombroso, C., Emile Zola d'après l'étude du dr. *Toulouse* et les nouvelles théories sur le génie. Semaine méd. XVII. 1. 1897.

Maclachlan, John T., Melancholic, maniacal and demented states. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. II. Jan. 1897.

Marandon de Montyel, L' „open-door" et le congrès de Nancy. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 390.

Marandon de Montyel, La thérapeutique de la folie dans ses rapports avec l'organisation médicale des services publics d'aliénés. Bull. de Thér. CXXXI. 9. 10. p. 385. 447. Nov. 15. 30.

Marie, A., et Ch. Vallon, Des psychoses religieuses à évolution progressive et à systématisation, dite primitive. Arch. de Neurol. 2. S. II. 12. p. 417. Déc.

Meilhon, L'aliénation mentale chez les Arabes. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 344. Nov.—Déc.

Mendel, Kurt, Ein Fall von myxödematösem Cretinismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45.

Mesnard, L., Leçons cliniques sur quelques cas de mélancoliques observés à la policlinique. Ann. de la Policlin. de Bord. IV. 12. p. 357. Nov.

Neudörffer, Robert, Dementia paralytica; Tod durch Suffokation; Etat criblé; cystöse Degeneration; Meningitis tuberculosa. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 369.

Pailhas, A., Des idées de richesse et de grandeur chez les émigrés aliénés. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 50. Janv.—Févr. 1897.

Parant, Victor, Le tremblement gélatineux de la langue chez les aliénés mélancoliques. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 372. Nov.—Déc.

Phelps, R. M., The present standing of work among the insane. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 10. p. 674. Oct.

Putnam, James J., Remarks on the opportunities and responsibilities to morbid fears and imperative ideas. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 17. p. 403. Oct.

Rouby, De l'internement des aliénés en Angleterre. Ann. méd.-psychol. 8. S. IV. 3. p. 377. Nov.—Déc.

Schaefer, A., Stoffwechselerscheinungen b. einem eigenartigen Falle von cirkulärem Irresein. Neurol. Centr.-Bl. XV. 23.

Schaefer, Ein genesener Paralytiker. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 786. 1897.

Schwartz, Oscar, Die familiäre Behandlung Geisteskranker mit Rücksicht auf d. dabei erforderl. Mitwirkung psychiatr. vorgebildeter Hausärzte u. Medicinalbeamter. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Siemerling, E., Ueber die Veränderungen der Pupillenreaktion b. Geisteskranken. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44.

Snell, Otto, Grundzüge d. Irrenpflege. Berlin 1897. Georg Reimer. 8. VII u. 132 S. 2 Mk.

Stedman, Henry R., Preliminary report of the committee on the after-care of the insane. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 802. Dec.

Szuman, Stanislaus, Zu d. Psychosen nach Augenverletzungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.

Taty, Th., et J. Toy, Des variétés cliniques du délire de persécution. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 20. Janv.—Févr. 1897.

Traugott, Richard, Beitrag zur Symptomatologie u. Therapie d. psych. Zwangsvorgänge. Ztschr. f. prakt. Aerzte VI. 2. 1897.

Van der Lith, 20 jaren later in de geschiedenis van het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen te Utrecht. Feestb. d. Nederl. Vereen. voor Psych. blz. 107.

Versammlung d. Vereins deutscher Irrenärzte in Heidelberg am 18. u. 19. Sept. 1896. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44.

Williams, Edward H., Hereditary syphilis and general paresis of the insane. New York med. Record L. 23. p. 813. Dec.

S. a. II. Plaats. III. Coulon, Cramer. IV. 8. Buringh, Dewey, Drew, Féré, Kalischer, Sachs, Schweinitz, Sinkler, Stemhn, Vogt. V. 1. Wilson. VII. Rouse. XIII. 2. Cottam, Tomasini; 3. Hearder. XIV. 4. Löwenfeld. XVI. Bombarda, Dornblüth, Goodall, Gottlob, Köppen, Laupts, Näcke, Normann, Siemerling, Stolper, Westphal.

X. Augenheilkunde.

Abeladorff, Georg, Zur Prophylaxe d. sympath. Ophthalmie. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 4. p. 345.

Aohenbaeh, C., Beitrag zur Kenntniss d. seltneren Ursachen d. typ. Keratitis parenchymatosa. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. 1897.

Agababow, Die an d. Kasanschen Universitäts-Augenklinik beobachteten Fälle von Glaukom f. d. JJ. 1884—1894. Westn. oft. Jan.—April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Andogski, N., Ueber einige Bedingungen, unter denen sich Eiterungen nach Operationen im vordern Augenabschnitte verbreiten, sowie deren Uebergreifen auf die tiefen Augenhäute. Diss. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Axenfeld, Theodor, Ueber d. chron. Diplobacillenconjunctivitis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 1. 1897.

Berry, George A., Strabismus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. 2. p. 23. 147. Jan., Febr. 1897.

Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 1. Quartal 1896; von *St. Bernheimer, P. Silex* u. *C. Horstmann.* Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 64.

Bickerton, Thomas H., Colour blindness and eyesight in the mercantile marine. Brit. med. Journ. Oct. 31.

Bjerrum, J., Det normale Synsorgans indirekte Stirrehlindhed og dens Bedytning under Synsfelt undersögelser. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 11. S. 1158.

Bloch, Emil, Ueber d. Verwendung d. *Roentgen*'schen Strahlen b. einigen Formen d. Blindheit. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 52. 53.

Book, E., Vorschlag zur Verwendung d. X-(*Röntgen*-)Strahlen b. einigen Formen von Blindheit. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 53.

Bourgnet, Troubles de la vision et modification du fond de l'oeil chez les mineurs. Gaz. des Hôp. 138—141. 143.

Brown, Haydn, A case of iridectomy successfully performed by accident. Lancet Jan. 9. p. 104. 1897.

Brünniche, Einar, Om apoplektiformt indträdende Blindhed samt om Själeblindhed. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 51. 52.

Bull, Ole, Bör Ikke-Specialister udföre Operationer for Skjelen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 12. S. 1225.

Burchardt, Max, Ueber Tripperentzündung d. Bindehaut u. Folgen; Tripperiritis; Iritis gummosa; Netzhautablösung; Netzhautquetschung; flächenhafte, durch Eiterkokken bedingte Bindehautentzündung; Behandlung äusserer Augenleiden durch Einstäubung mit verschied. Mitteln. Charité-Ann. XXI. p. 352.

Carter, Robert Brudenell, The eyesight of the late Mr. du Maurier. Lancet Oct. 24.

Cargill, L. Varnon, Gumma of the ciliary body. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 17. 1897.

Caspar, Fädchenbildung an d. Regenbogenhaut. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 431. Dec.

Chartres, Contribution à l'étude de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. Arch. clin. de Bord. V. 12. p. 531. Déc.

Cheney, Frederick E., A case of tuberculosis of the conjunctiva, probably primary, followed by general infection and death. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 20. p. 490. Nov.

Chibret, Das Trachom. Wien. klin. Rundschau X. 44. 46. 47.

Chwalinski, W., Zur Transplantation d. Hornhaut. Westn. oft. Jan.—April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Coomes, M. F., Congenital ptosis; the operation devised by *Panas* for relief modified. Amer. Pract. and News XXII. 12. p. 452. Dec.

Czermak, W., Einiges zur Lehre von der Entstehung u. d. Verlaufe d. prodromalen u. akuten Glaukomanfalls. Prag. med. Wchnschr. XXII. 1. 2. 3. 1897.

Dahenne, Corps étrangers oubliés dans l'orbite après exentération et même énucléation. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 19. p. 699. Oct.

Deraschawin, W., Eine seltene angeb. Anomalie d. Sehnerven. Westn. oft. Jan.—April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Deveroux, W., A case of naevus of the ocular conjunctiva. Lancet Dec. 5. p. 1600.

Dimmer, F., Ueber einige Hülfsmittel f. d. oculist. Unterricht. Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 1.

Elliott, A case of tumour of the orbit. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1774.

Elschnig, A., Anatom. Untersuchung zweier Fälle von akutem Glaukom. [Beitr. z. Augenhkde. Festschr. f. *J. Schnabel.*] Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. S. 197 bis 210 mit 1 Tafel.

Elschnig, Anton, Ueber d. Discission [d. Staars]. Wien. klin. Wchnschr. IX. 53.

Evans, T. C., Phlyctenular ophthalmia. Med. News LXIX. 19. p. 516. Nov.

Evans, T. C., The treatment of granular lids. Amer. Pract. and News XXII. 10. p. 370. Nov.

Fergus, Freeland, Landolt and treatment of squint. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 326. Nov. 1896; XLVII. 1. p. 10. Jan. 1897.

Friedenwald, Harry, Affections of the eye and normal menstruation. Journ. of Eye, Ear and Throat Dis. I. 3; Oct.

Fuchs, Ernst, Ueber Erythropsie. Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 207.

Fukala, Ueber einige Mängel b. Bestimmung hoher Myopiegrade u. deren Beseitigung. Wien. med. Presse XXXVII. 51. 52.

Gama, Accacio da, Operation for fluid cataract. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 141. 1897.

Gelpke, Th., Der akute epidem. Schwellungskatarrh u. sein Erreger (Bacillus septatus). Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 97.

Goering, H., Heilung einer Keratitis bullosa. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Grandclément, E., Nouvelle contribution à l'étude de l'uvéite irienne. Lyon 1897. Assoc. typograph. 8. 22 pp.

von Grolman, Die Erkrankungen d. Thränenwege. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 22. 23. 24.

Grosz, Emil von, Ein Fall von Tarsuscarcinom. Ungar. med. Presse I. 7.

Gullstrand, Allvar, En glasögonordination med nutidens hjälpmeddel. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 1. s. 1.

Haab, Fall von pulsirendem Exophthalmus. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 24. p. 767.

Hansell, Howard F., A few practical points concerning purulent ophthalmia. Philad. Policlin. V. 42. p. 413. Oct.

Hansell, Howard F., Color scotoma in albuminuric retinitis. Philad. Policlin. V. 47. p. 462. Nov.

Hansell, Howard F., The treatment of simple glaucoma. Philad. Policlin. VI. 1. p. 3. Jan. 1897.

Harlan, George C., The pupil reflex in absolute blindness. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 157. Dec.

Haydon, Marie W., A case of penetrating wound of the eyeball. Philad. Policlin. V. 43. p. 423. Oct.

Hannieke, Ein Fall von Katarakt, veranlasst durch Entozoen (?). Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 423. Dec.

Herrnheiser, J., Experiment. Untersuchungen über d. Veränderungen in d. inneren Augenhäuten nach kleinen Verletzungen. Prag. med. Wchnschr. XXI. 51.

Higgens, C., Displaced crystalline lens floating freely in the vitreous chamber; extraction; recovery. Lancet Dec. 26. p. 1812.

Highet, H. Campbell, A case of gumma of the ciliary region. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Hippel, Eugen von, Ueber Netzhautdegeneration durch Eisensplitter, nebst Bemerkungen über Magnetoperation. Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 151.

Hirsch, C., Zur Pathogenese d. Embolie d. Netzhautschlagader. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-H. p. 139.

Horstmann, C., u. Greeff, Bericht über d. Verhandlungen d. XXV. ophthalmol. Congresses in Heidelberg. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 4. p. 439.

Hosch, Fr., Colobom beider Sehnerven ohne Spaltbildung im Uvealtractus. Arch. f. Augenhkde. XXIV. 1. p. 59.

Imre, Josef, Die Heilung der eitrigen Iridochorioiditis. Ungar. med. Presse I. 6.

Isseknts, Ladislaus, Blepharospasmus idiopathicus. Ungar. med. Presse I. 9.

Isseknts, L., Echinococcus retrobulbaris. Ungar. med. Presse. I. 10.

Kayser, B., Ueber d. operative Behandl. d. hochgrad. Kurzsichtigkeit. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 48.

Kempner, Beitrag zur Ptosisoperation. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 10. Jan. 1897.

Kempner, Doppelseit. Ptosis traumat. Ursprungs. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 13. Jan. 1897.

Kempner, Ein Fall von Erblindung u. Ptosis beider Augen aus unbekannter Ursache mit Ausgang in Heilung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 17. Jan. 1897.

Koblanck, Die Verhütung d. eitrigen Bindehautentzündung Neugeborner. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 474.

Kriznes, Hens, Der Lichtsinn u. Farbensinn b. Erkrankungen der Netzhaut. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. 4. p. 349.

Krückmann, Emil, Experiment. Untersuchungen über d. Heilungsvorgänge d. Lederhautwunden. Arch. f. Ophthalmol. XLII. 4. p. 293.

Landolt, Edmund, Strabotomy in the good old times. Lancet Nov. 28. p. 1556.

Landolt, E., L'obstruction du canal lacrymal chez les nouveau-nés. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 64. Janv. 1897.

Laurenty, K., Ueber d. Verwendung d. einfachen Convexlinse zur subjektiven u. objektiven Bestimmung d. Refraktion. [Wien. Klin. 12; Dec.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 329—354. 75 Pf.

Lehmann, F., Hamianopsia b. puerperaler Amaurose. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 51.

Lohnstein, Th., Zur Gläserbehandlung d. unregelmässigen Hornhautastigmatismus. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 405. Dec.

Love, Louis F., Iritis and its treatment. Med. News LXX. 2. p. 45. Jan. 1897.

Mac Lean, Hétérophorie accommodative. Ann. d'Oculist. CXVI. 6. p. 420. Déc.

Meissner, Zur Photographie des Augenhintergrundes. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 536.

Neuburger, Die granulöse Augenentzündung u. ihre Bekämpfung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. R. XIII. 1. p. 207.

Oliver, Charles A., Luxation traumatique du globe dans l'orbite (exophthalmie traumatique). Ann. d'Oculist. CXVI. 6. p. 418. Déc.

Panas, Du traitement chirurgical de la myopie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 51. p. 891. Déc. 29. — Gaz. des Hôp. 150.

Panas, Ténonite et orchite double. Semaine méd. XVII. 2. 1897.

Pansier, P., L'électricité dans le traitement des ulcérations profondes de la cornée. Ann. d'Oculist. CXVI. 6. p. 413. Déc.

Parinaud, H., Histoire du strabisme et de son traitement. Ann. d'Oculist. CXVI. 6. p. 401. Déc.

Pergens, E., Fall von doppeltem Cysticercus in einem Auge. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 434. Dec.

Pflüger, Sehproben u. Sehprüfung. Optotypi Pflüger. Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. 8. 36 S. mit 2 Taf. in Fol. 4 Mk.

Piek, L., Ueber Trachom u. Follikularkatarrh. Therap. Monatsh. X. 12. p. 644.

Purtscher, O., Beitrag zur Kenntniss d. spontanen Bindehautgewebsbildung in Netzhaut u. Glaskörper (Retinitis proliferans Manz) nebst einem Nebenblick auf d. Aetiologie d. hämorrhag. Glaukoms. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-H. p. 1.

Rogman, Kyste séreux de la sclérotique. Belg. méd. IV. 2. p. 33. 1897.

Roosa, D. B. St. John, Lenticular myopia as a cause of so-called second sight. New York med. Record LI. 1. p. 5. Jan. 1897.

Roth, Zur Diagnostik d. Sehstörungen mit besond. Berücksicht. d. Simulationsstörungen. Militärarzt XXXI. 1 u. 2. 1897.

Rumschewitsch, K., Zur Pathologie d. Ectropion sarcomatosum. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 1. Jan. 1897.

Rutten et Van Duyse, Canal lacrymal insolite dans un cas de fente oblique incomplète de la face à gauche avec colobom double des paupières. Belg. méd. III. 52. p. 813.

Schmidgall, Hermann, Epicanthus internus congenitus bilateralis cum blepharoptosi. Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 43. 46.

Schmidt, H., Exenteratio bulbi mit Kugeleinheilung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 367. Nov.

Schoeler, Sklero-Iridektomie. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 403. Nov.

Schroeder, Th. von, Noch 2 Fälle von Aktinomykose d. Thränenkanals. Westn. oft. Jan.—April. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Schweinitz, G. E. de, Unilateral albuminuric retinitis. Med. News LXIX. 25. p. 692. Dec.

Snell, Simeon, On certain apparently organic tumours of the orbit which disappear under medicinal treatment. Lancet Jan. 23. 1897.

Stadfeldt, A. E., Die Veränderung d. Linse bei Traktion d. Zonula. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 429. Dec.

Stern, E., Ein seltener Fall von Keratitis parenchymatosa. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 21. Jan. 1897.

Sym, W. G., Ophthalmia neonatorum, especially in reference to its prevention. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 130.

Szily, Ad., u. Rich. Mohr, Ueber d. Augenverletzungen d. Arbeiter, deren Verhütung u. über d. Unfallversicherung. Ungar. med. Presse XI. 7.

Taylor, Charles Bell, The age-limit for cataract extraction. Lancet Nov. 7. p. 1305.

Taylor, Charles Bell, Note on a case of acute

glaucoma in which sight was restored after prolonged abolition of perception of light. Lancet Dec. 5. p. 1600.

Theobald, Samuel, Some bacteriological experiments bearing upon the sterilization of instruments used in cataract extraction. Journ. of Eye, Ear and Throat Dis. I. 3; Oct.

Thomson, Archibald O., Penetrating wounds of the eye, their prognosis, diagnosis, and treatment, with especial reference to railway employés. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 100. Nov.

Truc, H., et H. Villard, Traitement de l'entropion et du trichiasis granuleux de la paupière supérieure par la tarso-marginoplastie à lambeaux pédiculés. Résultats éloignés. Ann. d'Oculist. CXVI. 5. 6. p. 363. 422. Nov., Déc.

Van der Straeten, A., A propos de quelques cas de conjonctivite pseudomembraneuse. Presse méd. Belge XLVIII. 52.

Veasey, Clarence A., Ophthalmic cases. Philad. Policlin. V. 49. p. 481. Dec.

Velhagen, Ueber hereditäre Sehnervenatrophie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Wadsworth, O. F., Embolism of the central artery, macula supplied by a cilio-retinal artery; retention of central vision. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 26. p. 648. Dec.

Walker, Gertrude A., Painless iritis. Philad. Policlin. VI. 2. p. 14. Jan. 1897.

Wecker, L. de, et J. Masselon, La strabométrie et l'urgence de son emploi. Ann. d'Oculist. CXVI. 5. p. 321. Nov.

Welander, Edvard, Beiträge zur Frage der Uebertragung d. Gonokokken b. Augenblennorrhöe. Wien. klin. Wchnschr. X. 52.

Widmark, Johan, Om den operativa behandlingen af omogna och partiela starrar. Hygiea LVIII. 11. s. 460.

Wilder, William H., Subconjunctival injections in the treatment of certain diseases of the eye. Medicine II. 12. p. 977. Dec.

Winteratsteiner, H., Lidrandcysten. Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-H. p. 115.

Wood, Casey A., The wearing of veils and its effects upon the eyesight. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 564. Dec.

Zehender, W., Das sichelförm. Flimmerskotom *Listing's*. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 25. Jan. 1897.

Zielinski; de Nencki et Karpinski, La ténonite séreuse. Ann. d'Oculist. CXVI. 5. p. 363. Nov.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Denig, Elschnig, Frölich, Heller, Herrnheiser. IV. 8. *Augenmuskellähmung, Basedow'sche Krankheit*, Bailey, Coggin, Holden, Karplus, Péchin; 9. Bondi; 11. Hitschmann. V. 2. a. Oliver. IX. Siemerling, Szuman. XI. Lubliner. XIII. 2. Oliver, Wüstefeld; 3. Valude. XX. Preuss.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Alt, Ferdinand, Ueber Mumpstaubheit. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 12.

Bacon, Gorham, New rongeur forceps. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 367.

Bergeat, Hugo, Die Aetiologie d. Verbiegungen u. Auswüchse am Gerüste d. Nasenseptum. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 11.

Bezold, Fr., Demonstration einer continuirl. Tonreihe zum Nachweis von Gehördefekten, insbes. b. Taubstummen, u. d. Bedeutung ihres Nachweises f. d. *Helmholtz*'sche Theorie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 3. p. 161. 1897.

Bloch, E., Bericht über d. Verhandlungen d. Abtheilung f. Ohrenheilkunde auf d. 68. Versamml. deutscher Naturforscher u. Aerzte. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 377.

Broca, A., Complications intra-crâniennes des otites. Gaz. hebd. XLIII. 88.

Broca, Polype muqueux naso-pharyngien. Gaz. hebd. XLIV. 4. 1897.

Brück, Franz, Zur Therapie d. genuinen Ozaena. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 3. 1897.

Bussenius, W., Ueber Perichondritis cricoidea. Charité-Ann. XXI. p. 375.

Capeder, Christian Johann, Zur Casuistik d. Diplacusis binauralis. Inaug.-Diss. Basel. Druck. d. allgem. Schweizer Ztg. 8. 35 S.

Cohen-Kypser, Ueber ein neues Verfahren zur Behandl. d. Schwerhörigkeit b. chron. Katarrh u. nach Eiterungen d. Paukenhöhle. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 355. — Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Denker, Alfred, Bemerkungen zu den in der Deutschen med. Wchnschr. veröffentlichten „otolog. Mittheilungen" des Herrn Dr. *L. Jankau.* Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 10.

Dohi, Ein Beitrag zur Kenntniss d. Rhinophyma. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 3. p. 361.

Downie, Walker, Description of a case in which a pin, lodged in the larynx for 5 months was localised by the *Roentgen* rays, and removed by external operation. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 370. Nov.

Ebstein, Wilh., Einige Bemerkungen zur Lehre vom Ohrenschwindel. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 1.

Elvy, Frank, The treatment of acute nasal and pharyngeal catarrhs. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1381.

Fränkel, E., Der abnorme Hochstand d. Gaumens in seinen Beziehungen zur Septumdeviation u. zur Hypertrophie d. Rachentonsille. Inaug.-Diss. Basel. Buchdr. Kreis. 8. 59 S.

Frankenberger, Ottokar, Adenoide Vegetationen b. Taubstummen, nebst einigen Bemerkungen über d. Aetiologie d. Taubstummheit. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 10.

Fritts, Henry, An unusual case of purulent otitis. Philad. Policlin. V. 50. p. 495. Dec.

Gerauld, Frederick N. C., A case of foreign body in the ear. New York med. Record LI. 2. p. 49. Jan. 1897.

Gevaert, Ch., Les mycoses du pharynx. Belg. méd. III. 45. p. 583.

Gould, Pearce, A case of tumour of the pharynx; removal after laryngotomy; recovery. Lancet Oct. 24. p. 1153.

Gowers, W. R., On subjective sensations of sound. Lancet Nov. 14. — Brit. med. Journ. Nov. 14.

Grünwald, L., Atlas u. Grundriss der Kehlkopfkrankheiten. [Lehmann's med. Handatlanten XIV. (München 1897. J. F. Lehmann. 8. VI u. 100 S. mit 107 farb. u. 25 schwarzen Abbild. 8 Mk.

Grunert, Was können wir von d. operativen Entfernung d. Steigbügels b. Steigbügel-Vorhofankylose zum Zweck d. Hörverbesserung erwarten? Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 294.

Guranowski, L., Zur Casuistik der Labyrinthnekrose. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 12.

Hallock, Frank H., Vertigo Menière. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXI. 12. p. 779. Dec.

Hartmann, Arthur, Ueber Hyperostose des äusseren Gehörganges. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 48.

Hartmann, Arthur, Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde im 3. Quartal 1896. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 53.

Haug, Beitrag zur Casuistik der im Verlaufe der Bright'schen Nierenerkrankung auftretenden complikator. Ohr- u. Nasenblutungen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Haug, Kurzer Sammelbericht über d. im J. 1895

erschienenen wichtigeren otolog. Arbeiten, soweit sie sich auf d. Gebiet d. allgem. Pathol. u. patholog. Anatomie beziehen. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 20 u. 21.

Hermance, W. Oakley, Colds. Philad. Policlin. VI. 3. p. 23. Jan. 1897.

Hessler, Die Epidermispfröpfe des Gehörgangs. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 176.

Hillis, Thomas J., The technique of intubation of the larynx in children, with some remarks on the time for operation and after-treatment. New York med. Record L. 22. p. 773. Nov.

Hoffmann, R., Die Fremdkörper d. Ohres, ihre Beziehung zur Nachbarschaft u. ihre Behandlung. [Samml. zwangloser Abh. a. d. Geb. d. Nasen-, Ohren-, Mund- u. Halskrankh. I. 12.] Halle a. S. Karl Marhold. Gr. 8. 35 S. 1 Mk.

Holinger, J., Cholesteatom d. Mittelohrs. Memorabilien XL. 6. p. 334.

Jack, Frederick L., Acute suppuration of the middle ear, followed by caries of the Fallopian canal and facial paralysis; no involvement of the mastoid cells. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 326. — Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 26. p. 649. Dec.

Jankau, Ludwig, Die Doppelmassage, eine neue Behandlungsmethode bei gewissen Ohrenerkrankungen; ein otiatr. Besteck. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Joël, Eugen, Die Neubildungen d. Nasenhöhlen u. d. Nasenrachenraumes, unter besond. Berücksicht. d. gutartigen (mit Ausschluss der adenoiden Vegetationen). [Klin. Vortr. a. d. Geb. d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol., herausgeg. von *Haug*. I. 12.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 321—362. 1 Mk. 20 Pf.

Kipp, Charles J., A case of purulent inflammation of the middle ear, with perforation of the mastoid cells, followed by erysipelas; recovery. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 354.

Koch, Paul, Ueber Fremdkörper d. obersten Luftwege. Wien. klin. Rundschau XI. 5. 1897.

Kuhn, A., a) Otitis media purulenta acuta sinistra; Meningitis oder Gehirnabscess? Amnest. Aphasie; Operation; Tod. — b) Cholesteatom d. rechten Mittelohrs; während d. Operation Tod in Folge von Lufteintritt in d. verletzten Sinus sigmoideus. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 1.

Lange, Victor, Om adenoid Habitus. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 1. 1897. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. 1897.

Lubliner, L., Krankheiten d. Thränenwege bedingt durch Affektionen d. Nasenhöhle. Therap. Monatsh. X. 12. p. 646.

M'Bride, P., Pulsating vessels in the pharynx. Edinb. med. Journ. XLII. 6. p. 510. Dec.

Mc Conachie, A. D., Haematoma auris. Journ. of Eye, Ear and Throat Dis. I. 3; Oct.

Mc Cullagh, R. C., Foreign body in pharynx of child. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1228.

Merkel, Carl Ludwig, Der Kehlkopf im gesunden u. kranken Zustande. 2. Aufl., bearb. von *O. Heinze*. Leipzig. J. J. Weber. 8. VIII u. 223 S. mit 33 eingedr. Abbild. 3 Mk.

Milligan, J. D., A simple method of throat-examination. New York med. Record L. 21. p. 765. Nov.

Müller, Isidor, Ueber eine neue Behandlungsmethode d. Erkrankungen d. oberen Luftwege. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 4. 1897.

Müller, Richard, Bericht über d. *Trautmann*'sche Ohrenabtheilung d. kön. Charité f. d. J. vom 1. April 1895 bis 31. März 1896. Charité-Ann. XXI. p. 386.

Noltenius, 2. Jahresbericht über d. Thätigkeit meiner Privatklinik f. Kehlkopf-, Nasen- u. Ohren-Krankheiten. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXX. 10.

North, John, The pathology, diagnosis and treatment of atrophic catarrh. New York med. Record LI. 1. p. 11. Jan. 1897.

Olivor, Double haematoma auris. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 81. 1897.

Ostmann, Stichverletzung d. rechten Ohres. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Pierce, Norval H., Submucous linear cauterization; a new method for reduction of hypertrophies of the conchae. Medicine II. 11. p. 919. Nov. — Clevel. med. Gaz. XII. 2. p. 82. Dec.

Politzer, A., Menière'scher Symptomencomplex in Folge traumat. Labyrinthläsion. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 165.

Pooley, Thomas R., A case of otitis media purulenta chronica, mastoid periostitis, mastoiditis interna, abscess of cerebrum, thrombosis of lateral sinus, meningitis, optic neuritis; death. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 308.

Randall, B. Alexander, Some observations on objective and subjective tinnitus, aneurysma, anemic and muscular. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 361.

Refslund, Hakon, Ueber Respirationsstörungen in Folge von Missbildung d. Epiglottis. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 48.

Rendu, Epistaxis répétées chez un sujet porteur de petits angiomes cutanés et muqueux. Gaz. des Hôp. 135.

Réthi, L., Die nasale Bronchitis. Wien. med. Presse XXXVIII. 2. 1897.

Rosenthal, Carl, Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen u. des Nasenrachenraums. 2. Aufl. Berlin 1897. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XI u. 244 S. mit 41 Figg. im Text. 6 Mk.

Rupp, Adolph, Report of a case of nasal polypus in a femal infant 4 weeks old. New York med. Record L. 20. p. 718. Nov.

Schleicher, Sur un nouveau moyen de diagnostic des perforations tympaniques. Belg. méd. IV. 1. p. 7. 1897.

Schwartze, H., Ueber Caries d. Ossicula auditus. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 204.

Seiss, Ralph W., Some recent advances in the treatment of atrophic rhinitis. Med. News LXIX. 22. p. 597. Nov.

Sheppard, J. E., An analysis of 114 cases of mastoid involvement, complicating acute middle ear suppuration. Transact. of the Amer. otol. Soc. VI. 3. p. 328.

Siebenmann, Ueber Verhornung d. Epithels im Gebiet d. *Waldeyer*'schen adenoiden Schlundringes u. über d. sogen. Pharyngomycosis leptothricia (Hyperkeratosis lacunaris). Arch. f. Laryngol. II. 3.

Spira, R., Ueber eine unter d. Bilde einer Trigeminusneuralgia latent verlaufende centrale Ostitis processus mastoidei. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 2. p. 123.

Teichmann, Casuistisches u. Kritisches zur Lehre von d. Naseneiterungen. Therap. Monatsh. X. 12. p. 655.

Tomka, Samu, Das Verhältniss d. N. facialis zu d. Erkrankungen d. Ohres. Orvosi hetilap 45.

Transactions of the American otological Society. XXIX. annual meeting Pequet house, New London Conn. July 14. 1896. Vol. VI. part. III. New Bedford. Mercury publish. Co. 8. p. 259—401.

Uchermann, De Dövstumme i Norge [Diskussion]. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. 11. Forh. S. 139. 148. 149.

Vansant, E. Larue, A case of nasal obstruction. Philad. Policlin. V. 48. p. 471. Nov.

Vansant, E. L., 3 cases of aphonia. Philad. Policlin. V. 52. p. 513. Dec.

Veis, Julius, Ueber fossuläre (lakunäre) Erkrankungen d. Tonsillengewebes. Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 178. 1897.

Vitrac, Tumeur de la trachée d'origine oesophagienne; ulcération de la carotide primitive et de la jugulaire interne; hémorrhagie foudroyante. Arch. clin. de Bord. V. 12. p. 572. Déc.

Vulpius, Walther, Ueber primäre Ozaena laryngo-trachealis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.

Watson, Arthur W., The use of friction in the treatment of nasal synechiae. Philad. Policlin. V. 45. p. 444. Nov.

Webster, Geo. A., Othematoma. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 15. p. 358. Oct.

Wegener, Zur mechan. Behandlung d. Sklerose d. Paukenschleimhaut. Arch. f. Ohrenhkde. XLI. 3 u. 4. p. 199.

Weismayr, Alexander von, Eine noch nicht beobachtete Complikation d. Skleroms d. Luftwege. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. n. s. w. XXX. 11.

Wood, F. L., and W. R. Russell, Severe constitutional disturbance accompanying tonsillar abscess. Lancet Dec. 19. p. 1754.

Woodward, J. U., Eitrige Mittelohrentzündung; Abscess im Kleinhirn; Tod. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXIX. 4. p. 373.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Beneke, Lommel, Manasse. IV. 2. Dabney, Leutert, Pindor; 3. Aufrecht; 5. Mc Donnell; 7. Wolf; 8. Biehl, Feilberg, Flatow, Getchell, Gradenigo, Ingals, Mignon, Myles, Ridley, Schwartze, Siebenmann, Sikkel, Treitel; 10. Kaarsberg; 11. Anderson, Gennes, Schulz; 12. Braislin. V. 2. a. Bacon, Broca, Brondgeest, Czwiklitzer, Dench, Födorl, Forchhammer, Grunert, Knapp, König, Langgaard, Möller, Negretto, Sheild, Stowart, Thorén. VI. Bottermund. XII. Parreidt. XIII. 2. Bergeat, Glück, Groen, Höfer, Horne, Kramer, Zinn. XIV. 4. Marcus. XX. Karutz.

XII. Zahnheilkunde.

Bericht über d. Versamml. d. zahnärztl. Vereins f. Mitteldeutschland. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 12. p. 515. Dec.

Bericht über d. XIX. u. Hauptversammlung des zahnärztl. Vereins f. Niedersachsen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 1. p. 22. Jan. 1897.

Biró, S., Die Prophylaxis der Zahnkrankheiten. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 442.

Davidsohn, S., Die Stellung der Zahnärzte zur Gewerbeordnung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Fentbol, O., Ein Fall von Periostitis alveolaris idiopathica. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 11. p. 453. Nov.

Hutchinson, Jonathan, a) A case of hypertrophy of the gums, with general dwarfdom. — b) On the malformation of the teeth, caused by giving mercury to infants. Edinb. med. Journ. N. S. 1. 2. p.117. 119. Febr. 1897.

Jung, C., Warum geben Metallklammern weniger Anlass zur Zerstörung d. Zähne als Kautschukklammern? Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 379.

Launois, P. E., et A. Branca, Etude sur la troisième dentition chez l'homme. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXII. 5. p. 544. Sept.—Oct.

Marcus, Robert, Die Stellung d. Zahnärzte zur Gewerbeordnung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Parreidt, Julius, Ueber d. Einfluss adenoider Wucherungen im Nasenrachenraume auf d. Zahnstellung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 12. p. 481. Dec.

Partsch, C., u. Perliński, 3. Bericht d. Poliklinik f. Zahn- u. Mundkrankheiten des zahnärztl. Instituts der Universität Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 11. 12. p. 433. 486. Nov., Dec. 1896. — XV. 1. p. 11. Jan. 1897.

Pokorny, Albort, Zahnrichtmaschine mit continuirl. Drucke. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 467.

Röse, C., Ueber d. Zahnverderbniss d. Musterungspflichtigen in Bayern. Oesterr.-ungar. Vjbrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 381.

Schaeffer-Stuckert, Zahnaufnahmen mit *Röntgen*-Strahlen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 1. p. 1. Jan. 1897.

Schmid, Heinrich, Die Pathologie des oberen Weisheitszahns. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 469.

Seligmann, J., Uebersicht über d. Entwicklung d. Zahn- u. Kieferprothese bis in d. neuere Zeit u. kurze Angabe d. Standpunktes ders. in d. neuesten Zeit. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 450.

Siegfried, H., Beitrag zur Pulpenamputation. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 12. p. 513. Dec.

Weiser, Rudolf, Ueber Kronen- u. Brückenarbeiten. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XII. 4. p. 353.

Witzel, Julius, Ueber Zahnwurzelcysten, deren Entstehung, Ursache u. Behandlung. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XIV. 11. p. 458. Nov.

S. a. II. Kathariner, Morgenstern, Sobenk. III. Haasler. IV. 8. Sewill. XIX. Joachim.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Dosirung, die, d. wichtigsten Medikamente. Nach d. Grundsätzen d. Gedächtnisskunst. Leipzig. F. C. W. Vogel. 16. 40 S. 1 Mk.

Harnack, Erich, Ueber d. Begriff d. cumulativen Wirkung in ihrem Verhältniss zu d. Dosirungsgesetzen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44.

Kempf, E., Unsere Apothekenverhältnisse. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.

Lewin, L., u. F. Eschbaum, Ueber Suppositorien u. eine Methode, sie darzustellen. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 2. 1897.

Rabow, S., n. L. Bourget, Handbuch d. Arzneimittellehre. Berlin 1897. Julius Springer. Gr. 8. XI u. 862 S. mit 1 Tafel u. 20 Textfigg. 15 Mk.

Schiff, E., Filmogen (Liquor adhaesivus) ein Vehikel zur Applikation von Arzneistoffen auf d. Haut. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 46.

Schiff, E., Eine neue Grundlage f. d. Applikation von Medikamenten auf d. Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 10. p. 522.

S. a. II. Farneteiner.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Adrian, L., Essais pharmacologiques sur le séneçon (senecio vulgaris). Bull. de Thér. I. 22. p. 673. Nov. 23.

Adrian, L., Gaïacol et créosotes. Méthode rapide et facile d'analyse. Bull. de Thér. II. 1. p. 1. Janv. 8. 1897. — Nouv. Remèdes XIII. 1. p. 1. Janv. 1897.

Alkohol als Genuss- u. Heilmittel. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 2. p. 48. 1897.

Anuschat, Die Resorption d. Hydrargyrum metallicum u. dessen interne Anwendung b. Syphilis. Deutsche Med.-Ztg. 74.

Armstrong, W. L., The dosage of nitroglycerine. Med. News LXIX. 18. p. 490. Oct.

Arnold, W., Oxygen gas in tetanus. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1415.

Arnold, W. J. J., Safeguards in chloroform administration. Brit. med. Journ. Dec. 12. 1896. Vgl. a. Jan. 9. p. 115. 1897.

Assaky, Die therapeut. Wirkung d. Jodchinins b. d. sekundären Syphilis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 459.

Asselbergs, Des injections de calomel dans la syphilis. Presse méd. Belge XLVIII. 46.

Aufrecht, Untersuchungen neuer Arzneimittel. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Balfour, George W., A few more words on strophanthus. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 141.

Balzer, F., Die Behandl. d. phagedän. Schankers

mittels dauernder Irrigation einer heissen Lösung von Kalium permanganicum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 11. p. 570.

Bampton, Augustus H., Belladonna and the bronchial flux of pilocarpin. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 141.

Baudler, Victor, Ueber d. Einfluss d. Chloroform- u. Aethernarkose auf d. Leber. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 303.

Bauer, Max, Ueber d. Krystallform d. Histidin-Chlorhydrats. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 285.

Beauxis-Lagrave, De l'emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures. Gaz. hebd. XLIII. 91.

Beck, Max, Ueber d. Combination d. Tuberkulinkur mit d. Creosotbehandlung. Charité-Ann. XXI. p. 815.

Beckert, Carl, Ueber d. klin. Verwendbarkeit d. reinen Harnstoffs als Diureticum. Prag. med. Wchnschr. XXII. 2. 3. 1897.

Beckmann, J. Wiardi, Ueber d. Einfluss d. Zusatzes von Chlornatrium auf d. Wirkung d. Phenols. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Bergeat, Hugo, Heilung eines intranasalen Lupus durch Guajakolvasogen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 52.

Bettmann, S., Harnstoff als Diureticum. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49.

Betz, Odo, Terpentineinreibungen gegen Acne rosacea. Memorabilien XL. 5. p. 268.

Blachstein, Arthur, Ueber d. Verhalten d. Chrysoidins gegen Choleravibrionen. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 44.

Blake, J. B., Notes on anaesthesia; oxygen after ether. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 20. p. 492. Nov.

Boehm, R., Beiträge zur Kenntniss d. Filixsäuregruppe. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 35.

Bondzyński, St., Ueber das Verhalten einiger Salicylsäureester im Organismus. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 88.

Bonnema, A. A., Ueber Chinosol, ein neues Antisepticum. Therap. Monatsh. X. 12. p. 663.

Brackmann, H., Amylenhydrat b. Diabetes insipidus. Therapeut. Monatsh. X. 12. p. 641.

Brondgeest, P. Q., Waarnemingen omtrent den invloed van digital. pur. Germ. Merck op het kikvorschhart met behulp van de suspensie-methode verricht. Nederl. Weekbl. I. 4. 1897.

Bronovsky, S., Du lactate de strontium dans la maladie de Bright. Arch. russes de Pathol. etc. II. 5. p. 721.

Casati, Angelo, Sull'azione del fosforo nella clorosi e nell'anemia. Gazz. degli Osped. XVIII. 4. 1897.

Chaplin, Arnold, and F. W. Tunnicliffe, The treatment of phthisis by guaiacolate of piperidine. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Charpentier, A., Traitement méthodique de la blennorrhagie chez l'homme par les lavages uréthraux avec la solution de permanganate de potasse. Gaz. des Hôp. 5. 1897.

Classen, A., Zur Kenntniss d. Amyloforms u. d. Glutols. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 33. 1897.

Cloetta, M., Ueber d. Resorption d. Eisens im Darm u. seine Beziehung zur Blutbildung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 161. 1897.

Comby, L'arsénic en médecine infantile. Bull. de Thér. CXXXI. 11. p. 512. Déc. 15.

Cottam, Gilbert G., The treatment of delirium tremens by chloride of ammonium. Medicine II. 11. p. 923. Nov.

Cottam, Gilbert Geoffrey, Sparteine sulphate in surgical anesthesia. Therap. Gaz. 3. S. XII. 11. p. 721. Nov.

Cullen, Wm. L., Bronchitis with bronchiectasis treated with belladonna. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 142. 1897.

Dalché et Heim, Etude du senecio vulgaris (seneçon vulgaire) employé comme emmenagogue. Nouv. Remèdes XII. 23. p. 697. Déc.

De Buck, D., en L. De Moor, Therapeutische aanwending van een nieuw tanninderivaat, het tannoform. [Medisch Weekbl.] Gent. 8. 15 blz.

De Tollenaere, R., Quelques considérations sur l'action du lycétol. Belg. méd. IV. 4. p. 97. 1897.

Deucher, P., Ueber d. Veränderungen d. Digitalinum verum in seiner Wirksamkeit durch d. Einfluss d. Magenverdauung. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 47.

Dobson, Leonard, The ipecacuanha steam spray after tracheotomy. Brit. med. Journ. Nov. 14. p. 1445.

Dove, R. Atkinson, Chloral hydrate in puerperal eclampsia. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1228.

Dührssen, A., Ueber d. Behandlung d. Uteruscarcinoms mit Extractum herbarum Chelidonii majoris, nebst Bemerkungen über d. sogen. Heilsystem Glünicke. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Eber, A., Die Wirkung d. Jods u. seiner Präparate auf d. lebenden Organismus. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XXII. 6. p. 399. 1897.

Eddowes, Arthur, Traumatic tetanus treated by hypodermic injection of carbolic acid; recovery. Lancet Jan. 16. 1897.

Ehrmann, S., Das Nosophen in d. Dermatotherapie. Wien. med. Presse XXXVII. 47.

England, Joseph W., Pharmacological preparations of digitalis. Philad. Policlin. VI. 1. p. 1. Jan. 1897.

Epifanow, G., Ueber d. Einfluss subcutaner Injektionen von Spermin u. Moschus auf d. morpholog. Zusammensetzung d. Blutes b. gesunden u. kranken Menschen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 43.

Filehne, Wilh., Ueber d. Pyramidon, ein Antipyrinderivat. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 48.

Floras, Th., Zur prakt. Anwendung d. Airols. Wien. med. Presse XXXVII. 52.

Foote, E. M., The effect of formalin-gelatin on suppuration in wounds. Med. News LXIX. 20. p. 546. Nov.

Frank, Ernst R. W., Therapeut. Mittheilungen über Tannoform. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 457.

Gallois, Injections intra-musculaires solubles de benzoate de mercure dans le traitement de la syphilis. Bull. de Thér. CXXXI. 12. p. 543. Déc. 30.

Glück, Leopold, Die Behandl. d. Larynxsyphilis mit hochdosirten intramuskulären Sublimatinjektionen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 1. 2. 3. 1897.

Godson, Clement, On the use of antiseptics in midwifery, with special reference to corrosive sublimate. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Goliner, Ueber d. Werth d. Vasogenpräparate (*Pearson*). Reichs-Med.-Anzeiger 23.

Graetzer, E., Tinctura myrrhae b. Diphtherie. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47.

Green, J. Lardnerd, Inhalation of formalin in catarrh and other diseases of the respiratory tract. Brit. med. Journ. Jan. 23. 1897.

Grocco, Sull'emoglobinuria da chinino nei malarici. Settimana med. LI. 1. 1897.

Gundrum, F., Kola during labor. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 802. Dec.

Haldane, J. S., R. H. Makgill and A. E. Mavrogordato, The action of nitrites and physiologically allied substances. Journ. of Physiol. XX. 6. p. XVIII.

Hallervorden, Zur Pathologie d. Ammoniaks. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 59.

Hallopeau et Bureau, Traitement de la syphilis par les injections intramusculaires de salicylate de mercure. Bull. de Thér. CXXXII. 1. p. 15. Janv. 15. 1897.

Hammarstan, Olof, Öfversikt af några nyare uedersökeingar rörande järnmedlens resorption. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 2 oob 3. s. 181. 1897.

Handley, Harold, A case of tetanus treated with subcutaneous injections of corrosive sublimate; recovery. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Hennig, Arthur, Ueber Trional. Wien. med. Presse XXXVII. 46. 47.

Hesse, W., Vergleichende Desinfektionsversucho mit Jodoform u. Xeroform. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 18 u. 19.

Heymans, J. F., et Paul Masoin, Etude physiologique sur les dinitriles normaux. Arch. de Pharmacodyn. III. 1 et 2. p. 77.

Hock, August, Die Kreosotbehandlung im Kindesalter. Wien. med. Bl. 49.

Höfer, Wilhelm, Ueber d. Behandlung akuter Tonsillitiden mit parenchymatösen Carbolinjektionen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 5 u. 6. p. 579.

Holzapfel, Karl, Therapeut. Mittheilungen über Tannalbin. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Homborger, E., Ueber Citrophen. Deutsche Med.-Ztg. 76.

Horne, W. Johson, and Macleod Yearsley, Eucaine as a local anaesthetic in the surgery of the throat, nose and ear. Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.

Hotalling, A. S., The use of permanganate of zinc in the treatment of gonorrhoea. Med. News LXIX. 19. p. 517. Nov.

Howald, W., Behandlung d. Gonorrhöe mit Airol. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 24.

Huber, J. Ch., In Sachen Sublimatpastillen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

Husemann, Th., Zur Vorgeschichte d. Lanolins: Oesypum u. Hyssopus. Janus I. 2. p. 132.

Isaac, Rudolf, Ueber Naftalan. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Israel, Welches Eisenpräparat soll man b. Chlorose anwenden? Therap. Monatsh. XI. 1. p. 21. 1897.

Kelson, W. H., Anaesthesia by ethyl bromide. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1711.

Kastner, G., Erfahrungen mit gerbsaurem Kreosot. Therap. Monatsh. X. 11. p. 609.

Kirk, Robert, The auscultation of the heart during chloroform narcosis. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Klein, E., On the disinfecting action of sodium hypochloride. Lancet Nov. 28.

Kleine, F. K., Ueber d. Verhalten d. Formanilid im thier. Stoffwechsel. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 327.

Klemperer, G., Der Harnstoff als Arzneimittel. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Kohn, Siegmund, Klin. Erfahrungen über den Harnstoff als Diureticum. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 395.

Kopp, Note sur une préparation de créosote. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 404. Déc.

Kramer, W., Zur Anwendung parenchymatöser Carbolinjektionen bei tonsillären Erkrankungen. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 47.

Lane, J. Ernest, The treatment of syphilis by intravenous injections of mercury. Brit. med. Journ. Dec. 12.

Larkin, F. Charles, Safeguards in chloroform administration. Brit. med. Journ. Dec. 26. p. 1852.

Le Goff, Traitement de la coqueluche par l'antipyrine. Gaz. hebd. XLIII. 85.

Leistikow, Leo, Ueber Salicylsäureseifenpflastermull. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 481.

Leistikow, Leo, Ueber Jodvasogen als Ersatz f. d. internen Gebrauch d. Jodsalze. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 12. p. 625.

Leo, H., Ueber d. therapeut. Anwendung von diastat. Ferment. Therap. Monatsh. X. 12. p. 635.

Lépine, R., L'atropine doit-elle être rayée de l'arsenal thérapeutique. Semaine méd. XVI. 60.

Lépine, R., Sur l'emploi de l'atropine dans l'intoxication par l'opium. Semaine méd. XVII. 2. 1897.

Lewy, Benno, Die Behandl. von Kopfschmerzen mit Methyleeblau. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45. Vgl. a. 47.

Lippner, L., Einige Versuche über d. Verwerthbarkeit d. Resorcins. Ztschr. f. Thiermed. u. vergl. Pathol. XXII. 6. p. 393. 1897.

Loewi, Otto, Zur quantitativen Wirkung von Blausäure, Arsen u. Phosphor auf d. isolirte Froschherz. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 127.

Lo Monaco, Sur l'action vermicide de la santonine et de quelques-uns de ses dérivés. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 216.

Lomry, P. F., Ueber d. antisept. Werth d. Jodoforms in d. Chirurgie. Arch. f. klin. Chir. LIII. 4. p. 787.

Longard, C., Zur Amyloformfrage. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 34. 1897.

Lueddeckens, F., Ueber Hydrargyrum cyanatum b. Diphtherie. Therap. Monatsh. X. 11. p. 585.

Lyecker, Etwas über Jod- u. Jodoformvasogen. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 1. p. 15. 1897.

Mc Gee, John B., The therapy of the nitrites. Cleveland med. Gaz. XII. 1. p. 9. Nov.

Maclennan, William, Picric, or carbazotic acid as a therapeutic agent, especially in the treatment of certain inflammatory skie affections. Brit. med. Journ. Dec. 26.

Marshall, C. R., The active principle of indian hemp. Lancet Jan. 23. 1897.

Maximowitsch, J. von, Ueber d. therapeut. Methoden d. Alpha-Naphthols u. d. Kreosotpräparate. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 439.

Mays, Thomas J., The salicylates in the treatment of hemoptysis. Philad. Policlin. V. 43. p. 421. Oct.

Merkel, Friedr., Ferripyrin als Haemostaticum in d. Gynäkologie. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Meyer, Carl, Zur antisept. Kraft d. *Credé*'schen Silbersalze. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 3. 1897.

Mitchell, S. Weir, Remarks on the effects of anhelonium Lewinii (the mescal button). Brit. med. Journ. Dec. 5.

Möller, Magnus, Ueber Lungenembolien b. Injektion von unlösl. Quecksilberpräparaten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 3. p. 395.

Mörner, Carl Th., Airol, ett nytt torr-antisepticum. Upsala läkareforen. förh. N. F. II. 2 oob 3. s. 196. 1897.

Moncorvo, Sur l'emploi de l'analgène dans la thérapeutique infantile. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 44. p. 574. Nov. 10.

Money, Angal, On the dosage of some of the vaso-motor dilators. Lancet Nov. 28. p. 1524.

Monheim, Constantin, Harnuntersuchungen nach Einreibungen mit medikamentösen Vasogen-Präparaten. Allg. med. Centr.-Ztg. LXV. 96.

Moore, James, The use of methylene blue in gonorrhoea. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Müller, Hugo, Untersuchungen über d. Einverleibung verschied. Quecksilborsalben in d. Haut. Therap. Monatsh. X. 11. p. 588.

Murrell, William, Belladonna in bronchitis. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1611.

Newman, David, and William Ramsay, A note on decomposition of chloroform, and sickness. Lancet Jan. 23. 1897.

Noorden, Carl von, Ueber Enchinin. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 48.

Nové-Josseraed, Fistule parotidienne guérie par les badigeonnages à la cocaïne. Lyon méd. LXXXIII. p. 416. Nov.

Örbäk, W. P., Et Tilfälde af Melanosis arsenicalis. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 47.

Oliver, Charles A., The therapeutic value of hydrobromate of scopolamine in plastic iritis. Amer. Journ. of med. Sc. CXII. 5. p. 542. Nov.

Pilcz, Alexander, Ueber Pellotin. Wien. klin. Wchnschr. IX. 18.

Reverdin, Jacques L., Le sulfate de soude à faibles doses comme hémostatique. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 1. p. 36. Janv. 1897.

Rey, J. G., Erfahrungen über d. Anwendung d. Tannalbins in d. Kinderpraxis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Ringer, Sydney, Belladonna in bronchitis. Brit. med. Journ. Nov. 21. p. 1543.

Roll, Vergelijkend onderzoek naar de desinfekteerende waarde z. g. n. sapocarbol en ruw carbolzuur. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 4. blz. 209.

Rosenberger, R., Spitalsbeobachtungen über d. Wirkung d. Pilocarpinum muriat. b. Pneumonia crouposa. Ungar. med. Presse I. 7.

Rothholz, Atropin u. Eserin. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 19.

Sack, Arnold, Ueber d. Löslichkeit d. Steinkohlentheers in verschied. Flüssigkeiten u. über d. therapeut. Verwendung dieser Lösungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 9. p. 470.

Sänger, M., Zur intrauterinen Anwendung von Chlorzink. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 575.

Sahli, Ueber Glutoidkapseln. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 1. 1897.

Schaeffer, O., Das Ferripyrin als Haemostaticum u. seine Anwendungsweise in d. Gynäkologie. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 48.

Schamberg, Jay F., The limitation of the use of arsenic in the treatment of diseases of tha skin. Philad. Policlin. VI. 3. p. 21. Jan. 1897.

Scheurlen u. Spiro, Die gesetzmässigen Beziehungen zwischen Lösungszustand u. Wirkungswerth d. Desinfektionsmittel. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Schiller, Arnold, Ueber d. Wirkungen d. Scopolins u. einiger Scopoleine. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 71.

Schindler, C., Zur Behandlung d. Kopfschmerzen mit Methylenblau. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46.

Schischa, Adolf, Die Behandl. d. Bubonen mit Hydrargyrum benzoatum. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 2. 3. 1897.

Schleich, C. L., Zur Glutolbehandlung. Therap. Monatsh. X. 11. p. 608.

Seifert, R., On the internal administration of guajacol and creosote in phthisis pulmonalis. Lancet Nov. 14.

Shearar, Frank, Belladonna in bronchitis. Brit. med. Journ. Jan. 9. p. 79. 1897.

Shennan, Theodore, Experimental research into the action of viburnum prunifolium (black haw). Edinb. med. Journ. XLII. 5. p. 404. Nov.

Silber, Max, Saluhrol, ein neues antisept. Streupulver. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Silk, J. Fred. W., Safeguards in chloroform administration. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 50. 1897.

Spencer, G. W., Eucaine hydrochlorate. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 109. Nov.

Spiro, Die Einwirkung von Pilocarpin, Atropin u. Pepton auf Blut u. Lymphe. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 113.

Standring, Charles, Cocaïne in gunshot wounds. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 141. 1897.

von Starck, Zur therapeut. Verwendung d. Digitoxinum cryst. (*Merck*). Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Steinhardt, Idiosynkrasie gegen Antipyrin. Therap. Monatsh. X. 11. p. 629.

Stépanoff, Étude sur la ricine et l'antiricine. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 663. Nov.

Sterling, S., Ueber d. Dulcin. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 50. 1896. — XLIV. 3. 1897.

Stockman, Ralph, The use of camphoric acid in excessive sweating. Edinb. med. Journ. N. S. I. 1. p. 45. Jan. 1897.

Stoerk, Karl, Ueber Cocainanästhesie. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 44.

Stoker, George, The surgical uses of oxygen gas. Brit. med. Journ. Oct. 24.

Strauss, Herm., Ueber d. diuret. Wirkung d. Harnstoffs, d. kohlens. Ammoniaks, sowie einiger Organextrakte. Charité-Ann. XXI. p. 288.

Strauss, J., Ueber d. Einwirkung d. kohlensauren Kalkes auf d. menschl. Stoffwechsel, ein Beitrag zur Therapie d. harns. Nierenconkretionen, nebst Bemerkungen zur Alloxurkörperausscheidung. Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. p. 493. 1897.

Thoma, Creosote in the treatment of pleuro-peritoneal tuberculosis in children. Lancet Jan. 16. 1897.

Thomalla, Ueber die Verwerthung des Glutol-Schleich in d. Wundbehandlung. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 32. 1897.

Thompson, J. Hilton, The treatment of consumption by the oil of cinnamom. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Thornton, E. Q., The physiological action of solanum Carolinense. Therap. Gaz. 3. S. XII. 11. p. 723. Nov.

Todd, George Bell, Notes on the eucalyptus oils presently used in medicine, with a short history of the oils used during the last 10 years. Glasgow med. Journ. XLVI. 5. p. 346. Nov.

Tomasini, S., L'azione della scopolamina negli alienati. Rif. med. XIII. 12.

Treupel, G., Ueber d. Dulcin. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 1. 1897.

Tyson, James, Clinical notes on the action of chloralose. Univers. med. Mag. IX. 3. p. 153. Dec.

Vandenberghe, J., Confirmation de la valeur du tannigène dans le traitement des affections intestinales. Belg. méd. III. 52. p. 808.

Vrij, J. E. de, Rhamnus saccharatus tegenover cascara. Nederl. Weekbl. II. 20.

Waller, A. D., and S. C. M. Sowton, Action of carbonic dioxide on voluntary and on cardiac muscle. Journ. of Physiol. XX. 6. p. XVI.

Walters, F. R., Guajacol and creosote in pulmonary phthisis. Lancet Dec. 12. p. 1717.

Weiland, Das Chlorwasser in d. Geburtshülfe. Bad. ärztl. Mittheil. L. 20.

Werler, O., Ueber d. Anwendung d. citronsauren Silbers (Itrol) b. d. Behandlung d. Gonorrhöe. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 582.

Winternitz, W., Birkenblätterthee ein mächtiges unschädl. Diureticum. Bl. f. Hydrother. VII. 1. 1897.

Wirz, O., Das Tannigen als Darmadstringens. Therap. Monatsh. X. 12. p. 642.

Wolff, Hermann, Ueber d. therapeut. Wirkung d. Digitoxins. Bad. ärztl. Mittheil. L. 22.

Wüstefeld, Fritz, Ueber d. Verwendbarkeit d. Eucain in d. Augenheilkunde. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51.

Wyeth, John A., Cocain-anesthesia. Med. News LXIX. 24. p. 665. Dec.

Yarrow, Thomas Jefferson, Eucaine in minor surgery. New York med. Record LI. 2. p. 49. Jan. 1897.

Zinn, W., Ueber d. Behandl. tuberculöser Kehlkopferkrankungen mit Parachlorphenol. Charité-Ann. XXI. p. 204.

S. a. I. Kaen. II. Casciani. III. Ajello. IV. 2. Schröder; 3. Blackman; 5. Kiefer; 10. Andry, Dreysel, Isaacson, Montgomery; 11. Anderson. V. 1. Allardice, Bell, Garmann, Oppler, Ruge; 2. e. Schalenkamp. VII. Gardner, Reynolds. XV. Drews, Englund, Harrington, Niemann. XIX. Beitter.

3) *Toxikologie.*

Abram, John Hill, 3 cases of lead poisoning. Lancet Jan. 16. 1897.

Buchenan, Geo. J., A fatal case of snake poisoning. Brit. med. Journ. Oct. 31. p. 1319.

Burton-Fanning, F. W., Sewer-air poisoning. Lancet Oct. 24.

Cadwallador, R., Poisoning by amyl nitrite. New York med. Record L. 23. p. 816. Dec.

Conrads, Hermann, Zur Casuistik der Petroleumvergiftungen bei Kindern. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44.

Czygan, P., Ein Fall von Bromoformvergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52.

Darnall, William Edgar, A complicated case of bichloride poisoning. New York med. Record L. 20. p. 719. Nov.

Dudgeon, R. E., Poisonous honey. Lancet Nov. 14. p. 1420.

Ermenghem, E. van, Recherches sur des cas d'accidents alimentaires produits par des saucissons. Presse méd. Belge XVIII. 48.

Faitout, P., Empoisonnement par le sublimé; lésions gastriques et intestinales; gangrène buccale et vulvaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 20. p. 742. Oct.—Nov.

Ferguson, E. D., A class of fatal cases presumably due to intestinal ptomains. New York med. Record L. 18. p. 620. Oct.

Frank, M., u. H. R. Beyer, Ein Fall von Anilinvergiftung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

Fuokel, Fall von Scopolaminvergiftung. Therap. Monatsh. X. 12. p. 685.

Gahagan, F. Evatt, Food poisoning; high temperature; suppression of urine. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 16. 1897.

Garoean, Edgar, A case of death under ether anesthesia. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 20. p. 491. Nov.

Grünfeld, A., Die Mutterkornepidemien in Russland. Janus I. 2. p. 104.

Gurrieri, Raffaele, Solubilità e assorbimento del fosforo bianco incluso in vari organi e tessuti di animali viventi. Policlinico III. 20. p. 489.

Hall, G. Greenwood, A case of mercurial poisoning. Lancet Jan. 9. p. 104. 1897.

Hare, H. A., Death following the administration of nitrous oxide. Therap. Gaz. 3. S. XII. 12. p. 801. Dec.

Harnack, Erich, Ueber Bleiresorption in Bezieh. zur Galle u. akute Bleivergiftung. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 1. 1897.

Harris, Alfred Edwin, The fatal record of carbolic acid. Lancet Nov. 28.

Healey, C. W. B., A fatal case of snake bite. Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1570.

Hearder, F. P., Sulphonal poisoning in a case of melancholia agitans. Lancet Nov. 14.

Hitzig, Th., Ein Fall von Essigsäurevergiftung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 21.

Holmgren, Sven, Om medikamentösa qvicksilfverintoxikationer med dödlig utgång. Hygiea LVIII. 12. s. 580.

Jones, Arthur T., Coalgas poisoning. Brit. med. Journ. Nov. 14.

Karewski, Ueber einen Fall von Chlorzinkvergiftung nebst Bemerkungen zur Jejunostomie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 50.

Keatinge, H. P., and M. A. Ruffer, A case of snake bite treated with antivenomous serum. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Korn, Ueber akute Alkoholvergiftung im Kindesalter. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 55.

Lewin, L., Lehrbuch d. Toxikologie. 2. Aufl. Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. X u. 509 S. mit 7 Holzschn. u. 1 Tafel. 10 Mk.

Mackenzie, John., Notes on a case of carbolic acid poisoning. Lancet Nov. 28.

Maclennan, Alexander, Report of some cases of stoppage of respiration during chloroform anaesthesia treated by tracheotomy. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Massie, Thomas, A case of recovery 12 hours after having taken 1 ounce of chloroform. Lancet Nov. 21. p. 1456.

Matignon, J. J., De l'atriplicisme ou intoxication par l'arroche. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 1. p. 23. Janv. 5.

Minter, L. J., Indian hemp poisoning. Brit. med. Journ. Dec. 19. p. 1773.

Möller, Om lungemboli såsom följd af intramuskulära injektioner af olösliga quicksilfverpreparat. Hygiea LVIII. 12. Sv. läkaresällsk. förh. s. 200.

Mosso, Ugolino, e Felice Ottolenghi, Azione tossica dell'acetileno. Rif. med. XIII. 17. 1897.

Müller, G. J. C., Ueber Cocainvergiftungen. Aerztl. Praktiker IX. 20.

Murell, William, Alleged arsenical poisoning. Lancet Dec. 26. p. 1854.

O'Brien, C. M., Acute poisoning and death from drinking linimentum belladonnae in mistake for scotch whisky. Lancet Nov. 14. p. 1376.

O'Neill, William, Poisonous honey. Lancet Oct. 31. p. 1264.

Pal, J., Ueber das Verhalten des Herzens u. der Gefässe h. d. Phosphorvergiftung. Wien. klin. Wchnschr. IX. 44.

Pichler, Karl, Ein Beitrag zur Kenntniss der akuten Schwefelkohlenstoffvergiftung. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 408.

Pinkhof, H., Ongevallen in chloroformnarcose. Nederl. Weekbl. II. 21.

Proudfoot, Frank G., The treatment of chloroform asphyxia by tracheotomy. Brit. med. Journ. Dec. 12. p. 1746.

Rennie, S. J., Case of snake bite treated by *Calmette's* antivenene serum; recovery. Brit. med. Journ. Nov. 21.

Rugh, J. T., Profound toxic effects from the drinking of large amounts of strong coffee. Philad. Policlin. V. 47. p. 463. Nov.

Seydel, C., Ueber Petroleumvergiftung. Aerztl. Sachverst.-Ztg. II. 21.

Solomon, Charles E., Recovery from chloroform syncope. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 16. 1897.

Stevenson, Thos., Alleged arsenical poisoning. Lancet Jan. 16. p. 207. 1897.

Strauh, Walther, Ueber d. Bedingungen d. Auftretens d. Glykosurie nach d. Kohlenoxydvergiftung. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 139.

Tirelli, V., Sur l'anatomie pathologique des éléments nerveux dans l'empoisonnement aigu par le sublimé. Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 230.

Tussau, J., De l'iodoformisme chirurgical. Semaine méd. XVI. 56.

Valude, E., Effet toxique d'un nouveau mydriatique: la scopolamine. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 1. p. 70. Janv. 1897.

Walker, B., Indian hemp poisoning. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1382.

Williams, Henry M., A case of corrosive-sublimate poisoning during labor. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 660. Oct.

S. a. I. Fernie. III. Günther. IV. 1. Seegelkon; 5. Gilbert, Letulle, Lévi, Luys; 8. Flatow, Hallervorden, Mannaberg, Muchin; 10. Casper. VII. Balland. IX. Bourneville, Elzholz. XIII. 2. Cottam, Lepine. XV. Duchenne,

Joffroy, Pareño, Remlinger, Ruysch. XVI. Allard.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Becker, Alexander R., Salt river Valley, Arizona. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 565. Dec.

Bericht über den 6. Schwarzwaldbädertag, abgehalten am 17. Oct. 1896 in Baden-Baden. Bad. ärztl. Mittheil. L. 22. 23.

Besrodnoff, N., Künstl. Sandbäder. Bl. f. klin. Hydrother. VI. 12.

Camilla, Stefano, Analisi chimica delle acque Albule presso Tivoli. Policlin. III. 24. p. 594.

Clar, Conrad, Die Pontebbalinie. Wien. klin. Rundschau X. 49.

Gornar, J. C., Scrofulöse Börns Ophold i Snogebäk 1896. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 49.

Harrington, Charles, On the action of commercial lithia waters. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 26. p. 644. Dec.

Hintzen, Alfred von, Die Kurorte Aegyptens. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 42.

Keller, H., Du traitement de l'anémie (chlorose) par les bains salins de haute minéralisation (7.13% de sel) et de leur influence sur la nutrition. Paris. Georges Carré. 8. 15 pp. et 3 pl.

Kerez, Rathschläge betr. Winterkuren an d. Riviera. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 2. p. 61. 1897.

Kisch, E. Heinrich, Balneotherapeut. Lexikon. 2. Aufl. d. Grundriss d. klin. Balneotherapie. Gr. 8. IV u. 771 S. 18 Mk.

Küudig, A., Ueber d. Veränderungen d. Blutes im Hochgebirge b. Gesunden u. Lungenkranken. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 1. 2. 1897.

Ludwig, E., Ueber d. Emmaquelle in Gleichenberg (Steiermark). Wien. klin. Wchnschr. IX. 53.

Ludwig, E., Eine neue Jodquelle in Wels. Wien. klin. Wchnschr. X. 3. 1897.

Ludwig, V., Ueber den Einfluss des Karlsbader Wassers auf d. Stoffwechsel. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 45. 46.

Malinas, A., Le sanatorium de Nossi-Comba. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 5. Janv. 1897.

Robin, Albert, Sur des demandes en autorisation pour des sources d'eaux minérales. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 51. p. 881. Déc. 29.

Rosemann, Rudolf, Ueber d. Werth d. Brunnenanalysen. Therap. Monatsh. X. 12. p. 637.

Walker, James B., Some of the difficulties of climatotherapy. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 93. Jan. 1897.

Weinmayr, Alexander von, Die Schweizer Volksheilstätten f. Tuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. X. 2. 1897.

S. a. II. Kuthy. IV. 2. Vandam, Wolff; 3. Abelli; 4. Heineman, Leith; 11. Vollmer.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Bum, Ein einfacher transportabler Apparat für Widerstandsgymnastik. Wien. med. Presse XXXVII. 44.

Buxbaum, B., Modifikation d. Einpackung zu prakt. u. wissenschaftl. Zwecken. Bl. f. klin. Hydrother. VI. 12.

Clar, C., Ueber Hydrotherapie im Süden. Bl. f. Hydrother. VII. 1. 1897.

Diskussion angående frågan om ändring af gällande stadga för sjukgymnasters verksomhet. Hygiea LVIII. 12. Sv. läkaresällsk. förh. s. 143. 168. 180.

Evesque, P., et Ossent, Etude sur les bains d'étamage. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 1. p. 34. Janv. 1897.

Hare, H. A., The bronchitis-tent, the hot pack and the hot foot-bath. Therap. Gaz. 3. S. XII. 11. p. 732. Nov.

Hirschfeld, Felix, Die Anwendung d. Ueberernährung (Mastkur) u. d. Unterernährung (Entfettungskur). Frankfurt a. M. 1897. J. Rosenheim. Gr. 8. 100 S.

Kussmaul, Ueber Hydrotherapie als Lehrgegenstand. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 1. 1897.

Palm, Theobald A., Water massage. Brit. med. Journ. Nov. 7. p. 1416.

Sadger, J., Die Lehrnothwendigkeit der Hydrotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. VI. 12.

Winternitz, W., Missgriffe b. hydriat. Behandlung. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 1. 3. 1897.

S. a. IV. 1. Lennhoff; 2. Ricks; 4. Heiseman, Leith; 8. Frenkel, Gunning, Hirschberg, Jewnin, Smyth; 10. Tibbles; 11. Neisser, Vollmer. V. 1. Reinecke; 2. h. Rugh; 2. e. Dagron, Graham. VI. Monod. XI. Jankau. XVII. von Hase.

3) *Elektrotherapie.*

Alt, Konrad, Ueber neuere elektrotherapeutische Arbeiten. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 81.

Echeverria, Emilio, Usos de la electricidad galvánica en médicina y cirurgia y método de emplearla. Gac. med. de Costa Rica I. 7. p. 192.

Einhorn, Max, Einige Experimente über d. Einfluss d. direkten Magenelektrisation. Arch. f. Verdauungskrankh. II. 4. p. 454.

Gräupner, Eine Badewanne f. d. Schädeloberfläche, gleichzeitig brauchbar als Elektrode f. allgem. Faradisation u. Galvanisation u. f. elektr. Behandlung d. Haarbodens. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Hedley, W. S., A 2500 Volt shock. Lancet Dec. 5. p. 1630.

Lévy, Zur Technik d. dermatol. Elektrolyse. Aerztl. Polytechn. 12.

Mann, Ludwig, Ueber d. gegenwärt. Stand d. Elektrodiagnostik. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VIII. 1. Jan. 1897.

Patrick, Hugh T., Electrodiagnosis and electrotherapeutics simplified. Medicine II. 11. p. 913. Nov.

Saenger, Alfred, Ein von der Elektrode aus regulirbarer Induktionsapparat. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 1897.

Vigouroux, R., Sur l'emploi thérapeutique des courants à haute fréquence (courants de Tesla). Progrès méd. 3. S. IV. 47.

S. a. I. *Elektrotechnik.* II. *Elektrophysiologie.* IV. 8. Gernsheim, Loewenthal, Spencer. V. 1. Martin; 2. d. Bottino, Fort. VI. Fredericq, White. X. Pansier.

4) *Verschiedenes.*

Behring, E., Antitoxintherapeut. Probleme. Fortschr. d. Med. XV. 1. 1897.

Bodon, Karl, Ueber 3 mit Ovariinum siccum (Merck) behandelte Fälle, darunter ein Fall von Epilepsie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. — Ungar. med. Presse I. 10.

Brosch, Anton, Die wirksamste Methode der künstl. Athmung. Zur Wiederbelebung scheintodter erwachsener Personen. Wien. klin. Wchnschr. IX. 50.

Claisse, André, Die Masseninjektionen von Salzlösungen b. Hämorrhagien u. Infektionen. Wien. med. Presse XXXVIII. 1. 2. 1897.

Cohan, Salomon Solis, Some thoughts concerning disease and recovery in their relation to therapeutics. Transact. of the Fac. of Maryl. p. 40.

David, Robert, Ueber d. Einfluss d. Schilddrüsenpräparate auf d. Stickstoffausscheidung im Harne. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 437.

Delius, H., Erfolge d. hypnot. Suggestivbehandlung in d. Praxis. Ztschr. f. Hypnot. V. 2—4. p. 213. 1897.

Dzierzgowski, M. S. K., Contribution à la question de la préparation des sérums médicinaux. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 454.

Fedeli, C., Ricerche sull'azione terapeutica dell' ovarina in rapporto ad una nuova teoria della clorosi. Rif. med. XII. 244. 245.

Friedländer, R., Ueber Umschläge. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 22.

Gärtner, Ed., Verbesserung an Injektionsspritzen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 2. 1897.

Gatta, Raffaele, Sulla distribuzione della glandola pituitaria e tiroide. Gazz. degli Osped. XVII. 146.

Gelher sen., J., Zur Casuistik d. *Brown-Séquard*'schen Behandlung. Wien. med. Presse XXXVII. 49.

Gluzinski, L. A., u. Ig. Lemberger, Ueber d. Einfl. d. Schilddrüsensubstanz auf d. Stoffwechsel (mit Bemerkungen über d. Anwendung dieser Substanz bei Fettleibigkeit). Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII 4. 1897.

Goldhaoh, Leopold, Ueber das Verhalten des Blutes nach Kochsalz u. Wasserinjektionen. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 463.

Gottlieb, R., Ueber d. Wirkung d. Nebennierenextrakte auf Herz u. Blutdruck. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 99.

Hare, H. A., The use of cold in fevers. Therap. Gaz. 3. S. XII. 10. p. 651. Oct.

Jakech, R. von. Ueber d. Behandlung maligner Tumoren mit d. Erysipelserum von *Emmerich* u. *Scholl*. Mitth. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 3. p. 318.

Kafemann, R., Ueber eine vereinfachte Methode d. Inhalation mittels d. Nasenspülglasinhalators. Therap. Monatsh. X. 11. p. 604.

Kölbl, Friedrich, Ueber Schilddrüsentherapie. Wien. med. Presse XXXVII. 51. 52.

Kröuig, Ueber Venaesektionen. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 50. p. 1121.

Kuhn, Franz, Die Bedeutung d. Metallschlauchprincips f. d. prakt. Medicin. Ztschr. f. prakt. Aerzte V. 21.

Löwenfeld, L., Lehrbuch d. gesammten Psychotherapie mit einer einleitenden Darstellung der Hauptthatsachen d. med. Psychologie. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. XII u. 264 S. 6 Mk. 40 Pf.

Macalister, Charles J., Blood as a therapeutic agent. Lancet Nov. 28.

Marous. Ein einfaches Mittel gegen lästiges Niesen. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 12. p. 285.

Mendelsohn, Martin, Ueber die Euthanasie. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 1. p. 1. 1897.

Organotherapie s. I. *Baumann*, *Hutchinson*, *Roos*, *Weiss*. II. *Weiss*. IV. 2. *Thomas*; 8. *Clark*, *Panegrossi*; 9. *Heubner*, *Woodman*; 10. *Barclay*, *Maitland*, *Metzlar*, *Proudfoot*, *Purdon*, *Zarubin*. V. 2. a. *Faussett*. IX. *Hill*. XIII. 2. *Strauss*. XIV. 4. *Bodon*, *David*, *Fedeli*, *Gatta*, *Gelber*. *Gluzinski*, *Gottlieb*. *Kölbl*, *Roos*, *Tóth*.

Petersen, Walter, Ueber d. Grundlagen u. d. Erfolge d. Bakteriotherapie bösartiger Geschwülste. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 341.

Piering, Oscar, Ueber Bauchbinden. Prag. med. Wchnschr. XXI. 53.

Poggi-Pollini, A., Sull'azione terapeutica dell' emoglobina. Settimana med. L. 47.

Quincke, H., Ein Kataplasmenwärmer. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 1. p. 7. 1897.

Robson, A. W. Mayo, Transfusion in cases of shock. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1262.

Roos, Ernst, Ueber Schilddrüsentherapie u. Jodothyrin (früher Thyrojodin genannt). Freiburg i. Br. u. Leipzig 1897. J. C. B. Mohr. 8. 78 S. 1 Mk. 80 Pf.

Ruhrah, John, Serum-therapy and protective inoculations. Med. News LXIX. 20. 21. p. 549. 575. Nov.

Samson-Woskresensk, C. von, Meine Fahrt zu Nic. Nikif, Denisenko. [Ueber ein Heilmittel gegen d. Krebs.] Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 47.

Schachner, August, Transfusion, infusion and autotransfusion. Amer. Pract. and News XXII. 9. p. 333. Oct.

Serumtherapie s. II. *Weiss*. III. *Beclère*, *Bornemann*, *Calmette*, *Centanni*, *Croly*, *De Martini*, *Ehrlich*, *Johnston*, *Koch*, *Kolle*, *Macleod*, *Mérieux*, *Nittis*, *Roncali*, *Schierbeck*, *Schneider*, *Schweinitz*, *Szegely*, *Viquerat*, *Wells*, *Wood*. IV. 2. *Baker*, *Bienwald*, *Casali*, *Cenci*, *Cook*, *Croce*, *Crossing*, *Cuno*, *Dabney*, *Fennyvessy*, *Frank*, *Gabritschewsky*, *Galli*, *Gensichen*, *Goodall*, *Gordon*, *Hammer*, *Hirschfelder*, *Jansson*, *Leyden*, *Löhr*, *Lösch*, *Monod*, *Niemann*, *Pollak*, *Possell*, *Russell*, *Siegert*, *Smirnow*, *Thomas*, *Tomé*, *Trapp*, *Vierhuff*, *Warrack*, *Wells*, *Willemer*; 4. *Bramwell*, *Sainsbury*; 9. *Brunner*; 10. *Steele*; 11. *Anderson*. V. 1. *Melloni*; 2. a. *Warren*. VI. *Jameson*, *Morelle*, *Stone*. VII. *Adam*, *Sheen*, *Williams*. VIII. *Barbier*, *Verger*; XIII. 3. *Keatinge*, *Remie*. XIV. 4. *Behring*, *Dzierzgowski*, *Jaksch*, *Petersen*, *Ruhrah*, *Sieber*, *Whitla*, *Withington*.

Sieber-Choumowa, N. O., Les sérums thérapeutiques anticocciques. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. IV. 5. p. 415.

Statistisches aus Dr. *Kadner's* Sanatorium 1. Jan. 1894—31. Dec. 1896 [Ernährungs- u. Stoffwechselkuren]. Druck von Rud. Mosse in Berlin. 4. 5 S.

Stimson, Lewis A., Intravenous saline injections in conditions of severe shock. Med. News LXIX. 25. p. 694. Dec.

Thiele, Adolf, Blutentziehungen, insbes. d. Aderlass, ihre Technik u. Anwendung in d. modernen Therapie. [Med. Bibl. 90—92.] Leipzig. C. G. Naumann. 8. 105 S. mit 23 Abbild. 1 Mk. 50 Pf.

Tóth, Stephan, Ovariin als Heilmittel. Ungar. med. Presse II. 3. 1897.

Trosse, E., Burnt substances [in medicine]. Janus I. 2. p. 143.

Tuffier et Dujarier, Des injections intraveineuses de solutions physiologiques (lavage du sang). Gaz. hebd. XLIII. 94.

Warren, J. Collins, The modern treatment of malignant disease. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 665. Dec.

Whitla, On serum-therapy. Dubl. Journ. CIII. p. 1. Jan. 1897.

Withington, Charles F., Serotherapy. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 667. Dec.

S. a. I. Baumann, Finsen, Roos, Weils. II. Barbéra, Levinstein, Weiss. IV. 8. Bauer, Scheiber; 9. Schubert. V. 2. c. Hulst, Tuffier. XIII. 1. Lewin. XIV. 2. Hirschfeld.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Aldhuy, E., Le périnée et la bicyclette. Gaz. hebd. XIII. 98.

Alkoholismus s. IX. *Bourneville*, *Elzholz*. XIII. 2. *Cottam*; 3. *Korn*. XV. *Berner*, *Joffray*, *Pareño*, *Ruysch*.

Baker, Leigh K., Physical education in the schools. Clevel. med. Gaz. XII. 2. p. 65. Dec.

Barher, George Walter, Hints on sea voyages for patients. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Barton, J. Kingston, The value of sterilized milk. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897.

Berg, Georg, Beitrag zu d. Radfahrerkrankungen (Schädigungen durch unzweckmässige Radfahrsitze). Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48.

Berger, Heinrich, Die Hygieine in d. Barbierstube. New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 11. p. 441. Nov.

Bericht d. Ausschusses über d. 21. Vers. d. deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspfl. zu Kiel am 10., 11. u. 12. Sept. 1896. Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XXIX. 1. p. 1. 1897.

Berner, Le régime de l'alcool en Norvège. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinks. VII. 2. 1897.

Bernstein, A., Einwirkung d. Radfahrens auf d. Geschlechtstrieb. Aerztl. Sachverst.-Ztg. II. 21.

Bienwald, Paul, Ein Beitrag zur Frage d. billigen Volksernährung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Bradford, E. H., On the compression of the front of the feet. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 18. p. 434. Oct.

Braehmer, Otto, Eisenbahnhygieine. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Th. Weyl* VI. 4.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. II S. u. S. 237—313. 2 Mk. 50 Pf.

Brandenburg, Kurt, Ueber d. Ernährung mit Caseinpräparaten. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 71.

Brouardel, P., et O. Du Mesnil, Les sépultures. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 8. p. 385. Nov.

Burleigh, Florence A., The experience of a vegetarian. Philad. Policlin. VI. 2. p. 11. Jan. 1897.

Caillé, Aug., Zur Verhütung ansteckender Krankheiten. New Yorker med. Mon.-Schr. VIII. 12. p. 483.

Chalybäus, Zur Impfstofffrage. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50.

Charpentier, Sur l'emploi du lait stérilisé par l'allaitement artificiel. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 51. p. 880. Déc. 29.

Colla, J. E., Die Alkoholfrage u. ihre Bedeutung f. d. Arzt. Therap. Monatsh. XI. 1. p. 8. 1897.

Conolly, R. Rowley; Frederick H. Hicks and Ronald E. S. Krohn, The water-suppley of Madeira. Lancet Nov. 14. p. 1420. — Brit. med. Journ. Nov. 28. p. 1610.

Dornblüth, Fr., Sollen die Schulen ihre Turnstunden zwischen d. anderen Unterrichtsklassen aufgeben? Jahrbb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 208.

Drews, Richard, Zur Kenntniss der Somatose. Wien. med. Presse XXXVIII. 3. 4. 5. 1897.

Ducay, Andrew D., The use of calf lymph by public vaccinators. Lancet Nov. 21. 28. p. 1493. 1558.

Duchenne, H., Altérations du lait. Intoxication saturnine par les boîtes à lait. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 48. p. 776. Déc. 8.

Ehlers, Edv., Fortsatte Bidrag til Diskussionen af Prostitutionsspörgsmaalet. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 2. 3. 1897.

Engerth, Karl v., Die Feuerbestattung. Wien. klin. Wchnschr. IX. 50.

Englund, Nils, Desinfektion med formalin. Eira XX. 21. 22.

Englund, Nils, Desinfektionsförsök med formalin och formaldehyd. Eira XX. 24.

Falke, Max, Ueber d. Mahlprocess u. d. chem. Zusammensetzung der Mehlprodukte einer modernen Roggen-Kunstmühle. Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 49.

Folkl, G., Die Anzeigepflicht d. Aerzte b. Infektionskrankheiten. Prag. med. Wchnschr. XXII. 2. 3. 1897.

Fernhacher, Die Einführung von Bädern bei d. Schächten d. kön. Steinkohlenwerks Zauckerode. Bl. f. klin. Hydrother. VI. 11.

Forel, A., Ueber Ziele u. Aufgaben d. Ver. abstinenter Aerzte d. deutschen Sprachgebiets. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinks. VI. 11.

Frankland, Percy F., The London water-supply and its bacterial contents. Lancet Nov. 14. p. 1414.

Friedrich, Joh., Untersuchungen über die Einflüsse d. Arbeitsdauer u. d. Arbeitspausen auf d. geistige Leistungsfähigkeit d. Schulkinder. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 1 u. 2. p. 1.

Friend, Samuel H., Routine cleanliness, isolation and watchfulness of schools and children. Med. News LXIX. 23. p. 636. Dec.

Gehrmann, Adolph, Milk-inspection. Medicine II. 12. p. 969. Dec.

Genersich, Gustav, Zur Frage d. künstl. Ernährung der Säuglinge. Ungar. med. Presse II. 1. 1897.

Goldschmidt, F.; Helbig; Chr. Heinzerling; E. Roth; Th. Weyl, Hygiene d. chem. Grossindustrie. [Handb. d. Hyg., herausgeg. von *Th. Weyl*. VIII. 4.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 629—910. 7 Mk.

Gottstein, A., Zur Conservirung von Nahrungsmitteln durch Formaldehyd. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49.

Gratschoff, L., En hillig desinfektionsapparat. Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 12. s. 1057.

Haldane, John, The detection and estimation of carbonic acid in air. Journ. of Physiol. XX. 6. p. 521.

Harrington, Charles, Hygienic, therapeutic, dietetic and economic facts concerning extracts of malt. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 27. p. 669. Dec.

Heim, L., Nachweis von Russ in d. Luft. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 365.

Holz, Das Trinkwasser von Metz u. Umgebung. Arch. f. Hyg. XXVIII. 2. p. 103. 1897.

Joffroy, A., Des causes de l'alcoolisme et des moyens de la combattre. Gaz. hebd. XLIII. 94.

Joffroy, Les bouilleurs de cru et l'alcoolisme. Gaz. des Hôp. 140.

Isager, Kr., Hygiejniske Forhold i Ry Sogn og Allinge-Tulstrup Sogn. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 48.

Kaumheimer, J. G., Local quarantine. Med. News LXIX. 23. p. 633. Dec.

King, W. G., Lanolin vaccine. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Klautsch, A., Einige Mittheilungen über d. Verwendbarkeit von *H. O. Opel's* Nährzwieback als Nebenkost für Säuglinge u. an Rhachitis leidende Kinder. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 190.

Klemm, Richard, Ueber Eselsmilch u. Säuglingsernährung. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 369.

König, J., u. C. Remelé, Ueber d. Reinigung von Schmutzwässern durch Elektricität. Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 185. 1897.

Krönig, Beitrag zur Desinfektion. Schmidt's Jahrbb. CCLIII. p. 216.

Kuthy, D., Modifications que subit le sang dans les régions élevées, par effet de la diminution de la pression barométrique. Arch. ital. de Biol. XXVI. 1. p. 19.

Lent, Bericht über d. am 31. Oct. 1896 stattgehabte Generalversammlung d. Niederrhein. Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege. Centr.-Bl. f. allg. Gesbpfl. XVI. 1 u. 2. p. 28. 1897.

Loesener, Les cimetières et l'enfouissement des cadavres infectieux. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 1. p. 39. Janv. 1897.

Lowndes, Fred. W., Christian burial and cremation. Lancet Oct. 31. p. 1260.

Mc Neill, Roger, The prevention of diseases other than infectious diseases. Lancet Nov. 7.

Macphail, Andrew, The artificial feeding of children. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Martin, John W., Christian burial vs. cremation. Lancet Dec. 12. p. 1716.

Maul, R., Zur Beurtheilung des Trinkwassers. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45.

Mauriac, E., Mesures à prendre pour empêcher la propagation des maladies infectieuses par les wagons de chemins de fer. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 452. Nov.

Moser, Paul, Die *Gärtner*'sche Fettmilch. Ein Beitrag zur Säuglingsernährung. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 2 u. 3. p. 161.

Naumann, J. L., Huru långt sträcker sich kommunalnämnds befogenhet i tätt bebygdt samhälle på landet, där hälsovårds-stadgan för stad ej tillämpas. Eira XX. 23.

Nismann, F., Desinfektion von Wohnräumen mittels Formaldehyd. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 4[illegible]

Parreño, Documentos sobre et alcoholismo. Gac. med. de Costa Rica I. 6. p. 183.

Patterson, Charles S., Some vaccination facts. Lancet Oct. 24.

Pfeiffer, L., Die *Kirtland*'schen Abbildungen der geimpften Variola u. d. Vaccine. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 49.

Pochon, G., Stérilisation et maternisation du lait. Revue d'Obstétr. IX. p. 301. Sept.—Oct.

Popper, R., Zu Prof. *Gaertner's* „neuere Publikationen über die Fettmilch". Nebst Erwiderung von *G. Gaertner*. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 4. 1897.

Prausnitz, W., Grundzüge d. Hygiene unter Berücksicht. d. Gesetzgebung d. deutschen Reichs u. Oesterreichs. München 1897. J. F. Lehmann. Gr. 8. X u. 507 S. mit 205 Abbild. 7 Mk.

Raudnitz, R. W., Ueber d. Aufenthaltsdauer von Milch im Magen unter verschied. Bedingungen. Prag. med. Wchnschr. XXI. 49.

Reithoffer, Richard, Ueber d. Seifen als Desinfektionsmittel. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 350.

Remlinger, Paul, Les accidents causés par les viandes conservées en boîtes. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 408. Nov.

Richmond, H. Droop, The chemical changes which take place on heating milk. Brit. med. Journ. Jan. 2. p. 50. 1897.

Riother, Gustav, Ein Fall von reichlicher Entwickelung von Vaccinepusteln auf d. Boden eines Kopfu. Gesichtsekzems. Wien. klin. Wchnschr. IX. 44.

Robertson, W. G. Aitchison, The rôle of the carbohydrates in dietetics. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 183.

Robertson, W. G. Aitchison, The constitution and use of infant's foods. Edinb. med. Journ. XLIII. 5. p. 417. Nov.

Robinson, E. F., Insusceptibility to vaccination. Lancet Dec. 5. p. 1601.

Romberg, Erich, Der Nährwerth d. verschied. Mehlsorten einer modernen Roggenkunstmühle. Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 244. 1897.

Rosenberg, Paul, Zur Frage der Conservirung von Nahrungsmitteln mit Formaldehyd in verschiedenen Lösungen. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Ruysch, Drankzucht en hare genezing. Feestb. l. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 251.

Samhun, Luigi, Remarks on the possibility of the acclimatisation of Europeans in tropical regions. Brit. med. Journ. Jan. 9. 1897.

Schütz, Emil, Ueber d. Verhalten d. *Gärtner*'schen Fettmilch bei der Magenverdauung. Wien. klin. Wchnschr. IX. 48.

Sendtner, Rud., Erwiderung auf d. Abhandlung von *C. Flügge*: d. Beziehungen zwischen Flusswasser u. Grundwasser in Breslau. Nebst Antwort von *C. Flügge*. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 513. 516.

Siedamgrotzky, Beitrag zur Lösung d. Frage d. zweckmässigsten u. billigsten Kanalisation in mittleren u. kleineren Städten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 207.

Silberstein, Philipp, Zur Casuistik u. zur Prophylaxe der Caissonkrankheit. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 44. 45.

Slomann, H. C., Et nyt Sterilisationsapparat. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 45.

Sulhrig, Die Wohnungsverhältnisse d. Liegnitzer Arbeiterbevölkerung vom hygiein. Standpunkte. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XV. 10—12. p. 343.

Sonnenburg, Die Bremer Controlstrasse. Ein Beitrag zur Casernirung d. Prostituirten. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 77. 1897.

Spener, Ueber Verbesserungen d. heutigen Frauentracht. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 1897.

Stumpf, Ludwig, Ergebnisse d. Schutzpockenimpfung im Königr. Bayern im J. 1895. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. 52.

Stutzer, Berichte üb. Untersuchungen von Lebensmitteln u. Gebrauchsgegenständen. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVI. 1 u. 2. p. 20. 1897.

Sutton, Charles Fredk., A unique case of vaccination. Lancet Oct. 24. p. 1153.

Teale, John W., A few practical hints to medical men on the preservation of their own health. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Theilhaber, A., Das Radfahren der Frauen. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 48.

Vanselow, Die Schutzblatter-Impfung u. ihr Nutzen. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVI. 1 u. 2. p. 1. 1897.

Vollmer, E., Ueber kosmet. Mittel in san.-poliz. Beziehung. Dermatol. Ztschr. III. 5 u. 6. p. 636.

Widowitz, J., Ein Fall von generalisirter Vaccine (?). Wien. klin. Wchnschr. IX. 51.

Wilke, D., Hygieinische Skizzen aus Russland. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 3. 1897.

Wingate, U. O. B., Disinfection of rooms after contagious diseases. Med. News LXIX. 23. p. 635. Dec.

Wittlin, J., Ueber d. Einwirkung d. Sonnenstrahlen auf d. Keimgehalt d. Strassenstaubes. Wien. klin. Wochenschr. IX. 52.

Wolpert, H., Ueber den Kohlensäuregehalt der Kleiderluft. Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 291.

Zinn, W., Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit d. Fleischpepton d. Comp. Liebig u. über seine prakt. Verwerthung. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46.

S. a. I. Berggrün, Camerer, Solmon. II. Caeciani, Gobhardt, London, Müller, Rosenberg, Zuntz. III. Frölich, Günther, Hugenschmidt, Pfeiffer, Vaughan. IV. 2. Detwiler, Freyer, Kaempffer, Schoon; 8. Clark, Cohn, Forel, Holdenhergh, Hoffmann; 10. Bulkley; 11. Finger, Klotz, Lustgarten. VI. Bloom, Flöel. VIII. Charpentier, Leuch, Monti. IX. Hallervorden. X. Bickerton, Bourguot, Szily. XIII. 2. Hesse; 3. Dudgeon, Ermenghem, Gahagan, Grünfeld, O'Neill. XVII. Kirchner. XIX. v. Götzen, Wagetaffe. XX. Loth, Mense.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Allard, Henr., Fosfor såsom abortivum i Sverige och utlandet. Upsala läkareFören. förhandl. N. F. II. 1. s. 25.

Ascher, Videant consules. [Bestimmung d. Erwerbsunfähigkeit.] Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 1. 1897.

Bedford, C. H., Criminal abortion in the Punjab. Edinb. med. Journ. XLIII. 5. p. 422. Nov.

Bomharda, Miguel, Un fait d'anarchisme. Revue neurol. IV. 19. p. 570.

Brouardel, P., Infanticide par immersion dans les fosses d'aisances. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 11. p. 421. Nov.

Brouardel, P., Infanticide; questione médicolégales relatives à l'état de la mère. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 12. p. 481. Déc.

Brouardel, P., Les substances explosives au point de vue médico-légal. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 1. p. 5. Janv. 1897.

Burns, Robert, Identification of a human skeleton. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 22. p. 539. Nov.

Chlumsky, Mord oder Verunglückung? Begutachtung nach 13 Jahren. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 111.

Dornblüth, O., Gerichtsärztl. Feststellung von Dementia paralytica aus d. Akten, nach d. Tode d. Kranken. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 107.

Demuth, Die gerichtsärztl. Sektionen im Landgerichtsbezirke Frankenthal. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XII. 12. p. 245.

Ferrl, E., Der Genfer Congress f. Criminalanthropologie. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. s. w. N. F. VII. p. 587. Nov.

Goodall, Edwin, The associated study of crime and insanity. Lancet Dec. 26.

Gosse, H. J., La photographie après décès. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVI. 12. p. 526. Déc.

Gottlob, A., Zur Frage der Eides- u. Zeugnissfähigkeit d. Epileptiker. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 635. 1897.

Grouhel, Maladies post-traumatiques au point de vue médico-légal. Gaz. hebd. XLIII. 98.

Gumprecht, Neuere Literatur u. Ereignisse auf d. Gebiete d. Arbeiterversicherungsgesetzgebung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45.

Haberda, A., u. M. Reiner, Ueber d. Ursache d. raschen Eintrittes d. Bewusstlosigkeit b. Erhenkten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 155.

Husemann, Th., Histor. Notiz über Phosphor als Abortivmittel. Upsala läkareförен. förh. N. F. II. 2 och 3. p. 193. 1897.

Köppen, M., Beitrag zur forensischen Psychiatrie. Charité-Ann. XXI. p. 655.

Krattor, J., Ueber d. Eindringen von Arsen aus d. Friedhofserde in d. Leichnam. Wien. klin. Wchnschr. IX. 47.

Laupts, Une enquête sur le suicide. Un genre de suicide: le suicide sans motifs (mélancholie intermittente bénigne). Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 1. p. 38. Janv.—Févr. 1897.

Lee, Samuel, The loss of life from preventable disease. Lancet Nov. 14. p. 1420.

Losser, A., Das Oedem nach postmortaler Quetschung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 153.

Littlejohn, Henry D., Photography and criminal inquiries. Lancet Jan. 2. 1897.

Minovici, Remarques statistiques relatives à l'anthropologie du criminel. Ann. des Sc. méd. I. 6. p. 536. Nov.

Mittenzweig, H., Ueber Selbsthülfe b. d. Geburt. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 86.

Näcke, P., Ueber Criminalpsychologie. Wien. klin. Rundschau X. 46. 47. 48.

Normann, Conolly, Criminal responsibility of the insane. Dubl. Journ. CII. p. 539. Dec.

Perry, Laurent de, Les somnambules extralucides, leur influence au point de vue du développement des maladies nerveuses et mentales. Apperçu médicolégal. Arch. clin. de Bord. V. 10. p. 435. Oct.

Pinkham, J. G., 2 cases of medico-legal interest. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 22. p. 537. Nov.

Pollitz, P., Verbrechen gegen Paragr. 174. 1 des Reichs-Strafgesetzbuches [unsittl. Handlungen mit Kindern]. Ein motivirtes Gutachten. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 78.

Schächter, Max, Kurpfuscherei vor d. Gericht. Gyógyászat 45.

Scheller, Selbstmordversuch durch Schuss. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 11. p. 472.

Schermers, Over het geboren misdadiger. Feestb. d. Nederl. Ver. voor Psych. blz. 153.

von Schrenck-Notzing, Ueber Suggestion u. Erinnerungsfälschung im Berchtold-Processe. Ztschr. f. Hypnot. V. 2—4. p. 128. 1897.

Siemerling, E., Casuist. Beiträge zur forens. Psychiatrie. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 25.

Stolper, P., Die Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 130.

Ungar, E., Ueber den Nachweis der Zeitdauer des Lebens d. Neugebornen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 56.

Van den Bergh, La contusion de la région orbitaire au point de vue médico-légal. Presse méd. Belge XLVIII. 50.

Virchow; Schmidtmann, Superarbitrium der königl. wissenschaftl. Deputation für d. Medicinalwesen betr. Vorverfahren wider X u. Genossen wegen vorsätzlicher Tödtung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 1. p. 5. 1897.

Westphal, A., Beiträge zur forens. Psychiatrie. Charité-Ann. XXI. p. 691.

S. a. II. Plaats. IV. 8. Eulenburg, Pontoppidan, Schütte. IX. Garnier, Rouby. X. Roth. XIII. 3. Grünfeld, Jones, Murrall, Stevenson, Straub.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Fröhlich, Das neue Rapportmuster, verglichen mit d. bisher. Rapportschema. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 12. p. 522.

Frölich, H., Erfahrungen über d. Dienst d. deutschen Regimentsarztes. Militärarzt XXX. 23 u. 24.

Grivet, P., La seconde expédition anglais contre les Aschantis. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXVIII. 12. p. 413. Déc.

von Hase, Improvisirte Badewannen f. d. Feldgebrauch. Aerztl. Polytechn. 1. 1897.

Hultkrantz, J. Vilh., Ueber d. Körperlänge d. schwed. Wehrpflichtigen. Centr.-Bl. f. Anthropol. I. p. 289.

Kirchner, Martin, Grundriss d. Militärgesundheitspflege. Braunschweig. Harald Bruhn. 8.—14. Lief. Gr. 8. S. 561—1180 u. 20 S. mit Taf. u. eingedr. Holzschn. Je 2 Mk.

La Garde, Louis A., The medical department in time of war. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 24. p. 585. Dec.

Liermann, Ueber d. erste Hülfe u. d. Transport bei schweren Verwundungen der unteren Extremität. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 1. p. 1. 1897.

Majewski, Konrad, Die Tragschürze. Ein Vorschlag zur Sanitätsausrüstung im Felde. Wien. med. Presse XXXVIII. 1. 1897.

Marty, J., Le développement physique chez les jeunes soldats. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 1. p. 44. Janv. 1897.

Parreño, La antisepsia en el campo. Gac. med. de Costa Rica I. 6. p. 181.

Rübel, J., Erinnerungen eines Arztes aus d. russ.-türkischen Feldzug 1877—78. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XII. 10. p. 209.

Tostivint, J., Ueber Transportmittel d. Verwundeten im Gebirgskriege. Militärarzt XXX. 23 u. 24. 1896. — XXXI. 1 u. 2. 1897.

S. a. IV. 3. Düms. V. 1. Hugnet; 2. c. Bonome. XII. Röse.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Behla, Robert, Ueber d. Vorkommen von Masern b. Thieren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16 u. 17.

Benjamin, H., Revue vétérinaire. Arch. gén. p. 747. Déc.

Lorenz, Die Bekämpfung des Schweinerothlaufs durch Schutzimpfung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 22 u. 23.

Mégnin, P., Les simili-rages chez les chiens. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 3. p. 57. Janv. 19. 1897.

Nocard, Ed., Sur une lymphangite ulcéreuse simulant la farcin morveux chez le cheval. Ann. de l'Inst. Pasteur X. 11. p. 609. Nov.

Roll, Polyneuritis bij hoenders. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 4. blz. 214.

S. a. I. Camerer. II. *Zoologie, vergl. Anatomie, physiolog. Versuche.* III. *Vergleichende, experimentelle Pathologie.* IV. 2. Brault, Bussenius, Ehrich, Gilbert, Leray; 12. Schroeder.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Amon, Am Schlusse d. 2. Decenninm d. Physikatsexamens. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 48.

Bailey, T. Ridley, On medical education and examination. Brit. med. Journ. Nov. 28.

Baitter, Giebt es noch Rademacherianar. (Znr Kenntniss der von Rademacher u. seinen Anhängern geübten Kupfertherapie, besond. h. Diphtherie). Janus I. 2. p. 150.

Bigg, G. Shorman, Acclimatisation of Europeans in the tropics. Brit. med. Journ. Jan. 16. p. 176. 1897.

Börner's Reichs-Medicinal-Kalender 1897. Theil II. Leipzig. Georg Thieme. 8. XVIII, 137 u. 734 S.

British medicin. Association, held in Carlisle July 28.—31. Brit. med. Journ. Oct. 24. 31.

Chapin, Henry Dwight, The sphere of the physican and the hospital. New York med. Record L. 21. p. 733. Nov.

Charité-Annalen, red. von *Schaper*. XXI. Jahrg. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. IV u. 905 S. mit Holzschn. u. Tabellen. 24 Mk.

Cheaver, David W., Medicine as a profession. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25. 26. p. 613. 637. Dec.

Congress russischer Aerzte in Kiew. Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 10.

Corfield, W. H., The mean length of life. Brit. med. Journ. Oct. 24. p. 1262.

von Düring, Ausübung der Praxis in der Türkei. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

Erhlichkeit s. I. *Valenta*. IV. 8. *D'Alloeco, Diller, Eichhorst, Gasne, Gourfein, Hochhaus, Newmark, Savage;* 11. *Drozda, Labbé.* IX. *Crocq, Williams.*

Eulenburg, A., Zur Stellung d. Aerzte vor u. nach d. Gewerbeordnung von 1869. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 44.

Fehling, H., Zur Erweiterung d. med. Unterrichtes. Nebst Bemerkungen von *F. von Winckel*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

Feilchenfeld, Verleihanstalten von Krankenpflegemitteln. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 1. p. 10. 1897.

Flache, Ein med. Spaziergang nach Paris. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 5. 1897.

Foster, Michael, On recent advances in science and their bearing on medicine and surgery. Lancet Nov. 7.

Genns, Jb. van, De geneeskundige armvorzorging te Amsterdam. Nederl. Weekbl. I. 1. 1897.

Gillespie, Lookhart, On the weathor, influenza and disease from the Infirmary records. Transact. of the med.-chir. Soc. of Edinb. N. S. XV. p. 102.

Goës, A., Medicinska reformfrågor. Eira XX. 20.

von Götzen, Ueber Ausrüstung u. Lebensweise auf trop. Expeditionen. Wien. klin. Rundschau X. 44.

Gray, Landon Carter, The hospital and dispensary abuse. Med. News LXIX. 23. p. 638. Dec.

Hartmann, Arthur, Ueber d. neue ärztl. Prüfungsordnung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45.

Haimann, G., Statistik d. Aerzte in Deutschland. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.

Horder, T. Garrett, On hospital reform. Lancet Dec. 19.

Jacobsohn, Die vornehme Kunst Kranke zu pflegen. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 11. 12. p. 259. 278. 1896. — XIX. 1. p. 16. 1897.

Jahresbericht, 27., d. Landes-Medicinal-Collegiums über d. Medicinalwesen im Königreiche Sachsen auf d. J. 1895. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 312 S.

Jaksch, R. von, Rechenschaftsbericht d. Centralvereins deutscher Aerzte in Böhmen f. d. J. 1896. Prag. med. Wchnschr. XXI. 50.

Index-catalogue of the library of the Surgeon-General's Office. United States Army. 2. Series. Vol. I. A—Azzurri. Washington. Governm. printing Office. 4. XIV and 828 pp.

Joachim, A., u. H. Joachim, Die preuss. Gebührenordnung f. approb. Aerzte u. Zahnärzte vom 15. Mai 1896. Berlin 1897. Oscar Coblentz. 8. VI u. 180 S. 3 Mk.

Kalender f. Frauen- u. Kinderärzte, herausgeg. von *Franz Eichholz*. Bad Kreuznach. Ferd. Harrach. 16. Kalendarium, Notizbuch u. 194 S. 2 Mk. 50 Pf.

Kantor, Heinrich, Zur Frage d. Abwehr d. Kurpfuscherthums. Prag. med. Wchnschr. XXI. 48. 49.

Kiallmark, H. W., On some medical questions of the day. Brit. med. Journ. Dec. 19.

Kiernan, James G., The physician as a victim of humor. Medicine II. 11. p. 886. Nov.

Körpertemperatur s. III. *Krehl, Newton*. IV. 2. *Allison, Grocco;* 3. *Couch;* 5. *Metcalfe;* 7. *Lowe;* 8. *Gunning, Smith, Smyth, Thompson.*

Krause, J., Gutachten über die freie Aerztewahl. Prag. med. Wchnschr. XXI. 51. 52.

Kühnor, A., Der Ortswechsel als Beihülfe der Krankenpflege. Ztschr. f. Krankenpfl. XVIII. 12. p. 266.

Lefuel, H., L'assistance hospitalière et le sècret professionel. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVIII. 1. p. 61. Janv. 1897.

Meyer, George, Die Medicin auf d. Berliner Gewerbeausstellung 1896. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45.

Meyer, Hermann, Ueber die Lage des Aerztestandes mit besond. Rücksicht auf d. Aerztekammern in Deutschland. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIII. 48. 49. 50.

Milburn, C. H., Extracts from and address on current medical politics. Brit. med. Journ. Jan. 9. 1897.

Milee, George W., The business end of it. [Ueber med. Praxis.] Med. News LXIX. 17. p. 462. Oct.

Moritz, F., Die besondere Approbation d. Specialärzte in d. Entwurf d. neuen Prüfungsordnung. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44.

Norrie, Gordon, Maatte Medici praktisere som Kirurger? Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 44.

Norrie, Gordon, Vore gamle medicinska Doktorers Praksiaret. Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 46.

Oppenheim, A., Ueber d. Heranziehung d. ärztl. Privatkliniken zur Gewerbesteuer. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 4. 1897.

Pagel, Julius, Medicin. Deontologie. Ein kleiner Katechismus f. angehende Praktiker. Berlin 1897. Oscar Coblentz. 8. VIII u. 97 S. 2 Mk.

Plehn, Albert, Zur vergleichenden Pathologie d. schwarzen Rasse in Kamerun. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 486.

Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde, herausgeg. von *Albert Eulenburg*. 3. Aufl. 91.—120. Lief. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. Bd. X, 666 S., Bd. XI. 684 S., Bd. XII. 715 S. Je Lief. 1 Mk. 50 Pf.

Schilling, F., Compendium der ärztl. Technik. Leipzig 1897. H. Hartung u. Sohn. 8. X u. 397 S. mit 492 Abbild. 8 Mk.

Schwalbe, J., Die Denkschrift d. Aerztekammer f. Berlin-Brandenburg, betr. d. Reform des ärztl. Unterstützungs- u. Versicherungswesens. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 48.

Seydel, Max von, Die Schaffung ärztl. Ehrengerichte durch d. Landesgesetzgebung u. deren reichsrechtl. Zulässigkeit. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43.

Stein, E., Zur Frage der Meisterkrankenkassen. Prag. med. Wchnschr. XXII. 2. 1897.

Steinbarg, Zur Frage d. Kurpfuschereiverbotes. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Sternfeld, Hugo, Zur Frage d. Einführung einer besonderen Specialprüfung nach d. Approbation als Voraussetzung f. d. Titel Specialarzt. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 44.

Taschenkalender, medicinischer, f. d. J. 1897, herausgeg. von *Kionka, Partsch* u. *Leppmann*. X. Jahrg. Breslau 1897. Preuss u. Jünger. 16. Kalendarium, Notizbuch u. 237 S. 2 Mk.

Thomson, William, Preliminary education. Brit. med. Journ. Nov. 7.

Transactions of the medical and chirurgical faculty of the state of Maryland. 98th. annual session. Baltimore. The Deutsch lithogr. and printing Co. 8. 142 pp.

Verhandlungen d. bayerischen Aerztekammern vom J. 1896. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 51. Beil.

Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 44. 45. 48. — Deutsche med. Wchnschr. XXII. 45. Beil. — Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 43. 44. 45. 48. 49. — Wien. med. Presse XXXVII. 44. 45. 46. 48. 49. 52. 1896. XXXVIII. 1—5. 1897. — Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 44.

Vogelins, Lägernes Forsikringsforening. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 1. 1897.

Wadham, William, On the value of prize competitions. Lancet Nov. 21.

Wagner, Paul, Die Krankenpflege im Hause. Leipzig. J. J. Weber. 8. VI u. 329 S. mit 71 eingedr. Abbild. 4 Mk. 50 Pf.

Wagstaffe, W. W., The invalids day and its rainfall. Lancet Nov. 14.

Weichselbaum, A., Die Einführung des Unterrichts über Infektionskrankheiten an d. med. Fakultäten. Wien. med. Presse XXXVII. 47.

Welch, Wm. H., The influence of anesthesia upon medical science. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 17. p. 401. Oct.

Winckel, F. von, Zur Erweiterung d. med. Unterrichts. Operationskurse am Lebenden. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Zeitschrift f. prakt. Aerzte. Red. von *G. Honigmann*. V. Jahrg. Frankfurt a. M. Johs. Alt. Gr. 8. XXXI u. 834 S.

v. Ziemssen, Die Gesellschaft deutscher Naturforscher u. Aerzte im J. 1896. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 45.

S. a. II. Beale, Lane, Smith, Valenta. IV. 8. Schmid. VI. Frank. VII. Patellani. VIII. Taylor. IX. Laehr. XII. Davidsohn, Marcus. XVI. Schächter. XVII. Hultkrantz.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Bardeleben, Karl von, *Franz Heinrich Martens*. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Biedl, Arthur, *Moritz Schiff*. Wien. klin. Wochenschr. IX. 44.

Buchanan, G., Anaesthesia jubilee. Edinb. med. Journ. N. S. 1. 1. p. 1. Jan. 1897.

Butlin, Henry T., Jubilee of the pathological Society of London. Lancet Oct. 24. — Brit. med. Journ. Oct. 24.

Cohn, Moritz, Histor. Streifzüge. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 12. p. 627.

Cremer, *Du Bois-Reymond*. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 2. 1897.

Diels, H., Anonymus Londinensis. Auszüge eines Unbekannten aus Aristoteles-Menon's Handb. d. Medicin u. aus Werken anderer älterer Aerzte. Griechisch herausgegeben. Deutsche Ausgabe von *Heinrich Beckh* u. *Franz Spät*. Berlin. Georg Reimer. 8. XXIV u. 110 S. 3 Mk.

Einthoven, W., In memoriam *E. Du Bois-Reymond*. Nederl. Weekbl. I. 1. 1897.

Esman, Viggo, *A. S. N. Stadfeldt*. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 52.

Ewald, *Eugen Baumann*. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 45.

Ewald, C. A., *Emil Du Bois-Reymond*. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 1. 1897.

Exner, Sigmund, *Emil Du Bois-Reymond*. Wien. klin. Wchnschr. X. 1. 1897.

Feilchenfeld, W., Dr. *Moritz Schneller*. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 438. Dec.

Fieseinger, Ch., Contre la peste. Règlements sanitaires au XVIIème siècle. Janus I. 2. p. 99.

Forel, Prof. *Delboeuf* in Lüttich. Ztschr. f. Hypnotismus V. 1. p. 1.

Foy, George M., The discovery of modern anaesthesia. Dubl. Journ. CII. p. 488. Dec.

Fuhr, F., Notiz zur Geschichte der Beckenhochlagerung bei chirurg. Operationen. Münchn. med. Wochenschr. XLIII. 47.

Gad, *Emil Du Bois-Reymond*. Prag. med. Wochenschr. XXII. 1. 1897.

Giffen, G. H., A morning in a Ludhiana Dispensary, Punjab. Edinb. med. Journ. XLII. 5. p. 439. Nov.

Heimann, Georg, Med. Nachrichten aus Japan. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47.

Heller, Julius, *Georg Richard Lewin*. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 46.

Herrgott, Fr. Jos., Le prof. *Joseph-Alexis Stoltz*. Ann. de Gynécol. XLVI. p. 505. 585. Nov., Déc.

Hoppe-Seyler, G., *Eugen Baumann*. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Horand, Notice biographique sur *I. Rollet*. Lyon méd. LXXXIII. p. 575. Déc.

Jaquet, A., *Moritz Schiff*. Schweiz. Corr.-Bl. XXVI. 23.

Karutz, Volksmedicin auf dem Gebiete d. Ohren-, Nasen- u. Halskrankheiten. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 1. p. 36.

Karutz, Medicinisches aus Westafrika. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.

Knott, John, The medicine and surgery of the Homeric poems. Dubl. Journ. CII. p. 385. Nov.

Kopp, C., *Georg Lewin*. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46.

Kreidl, Alois, *Emil Du Bois-Reymond*. Wien. klin. Rundschau XI. 2. 1897.

Kronfeld, Adolf, *Emil Du Bois-Reymond*. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 4. 1897.

Landau, Rich., Leitung von Geburt u. Wochenbett vor 300 Jahren. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 6. p. 585.

Lépine, R., *I. Straus*. Revue de Méd. XVI. 12. p. 1025. — Lyon méd. LXXXIII. p. 541. Déc.

Lesser, E., *Georg Lewin*. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 818. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 46.

Letulle, *Victor Hanot*. Arch. gén. p. 1. Janv. 1897.

Loth, Zornzeichen u. Warnungszeichen. Eine kulturgeschichtl. Studie aus dem 16. u. 17. Jahrhundert. [Jahrbb. d. kön. Akademie gemeinnütz. Wiss. zu Erfurt. Heft XXII.] 8. 31 S.

Loth, Das Impfgesetz d. französ. Regierung in der Provinz Erfurt vom J. 1808. Thür. Corr.-Bl. 9.

Lovén, Christian, *Andreas Retzius*. Hygiea LVIII. 11. s. 437.

Ludwig, E., *E. Baumann*. Wien. klin. Wchnschr. IX. 47.

Marckwald, *Theodor Ackermann*. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 50.

Meige, Henri, Les peintres de la médecine. Les opérations sur l'épaule. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 5. p. 316. Sept.—Oct.

Mense, C., Hyg. u. med. Beobachtungen aus dem Congogebiete. Wien. klin. Rundschau XI. 3. 5. 1897.

Merkel, Gottlieb, Dr. *Josef v. Kerschensteiner*. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 43.

Mitchell, S. Weir, The birth and death of pain. A poem. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 16. p. 386. Oct.

Sach-Register.

Namen-Register.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

SCHMIDT'S

JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROF. DR. ADOLF WINTER

REDIGIRT

VON

DR. P. J. MÖBIUS UND DR. H. DIPPE
ZU LEIPZIG.

JAHRGANG 1897.

ZWEIHUNDERTUNDVIERUNDFÜNFZIGSTER BAND.

LEIPZIG, 1897.
VERLAG VON OTTO WIGAND.

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 254. 1897. № 1.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

1. **The chemistry of the thyroid gland and the nature of its active constituent**; by Robert Hutchinson. (Journ. of Physiol. XX. 6. p. 474. 1896.)

Die Untersuchungen, die H. hinsichtlich der chemischen Bestandtheile der Schilddrüse (vom Schafe) anstellte, ergaben: Es sind zwei Eiweissstoffe in der Drüse enthalten, nämlich ein Nucleoalbumin und die Colloidsubstanz. Letztere ist in der grösseren Menge vorhanden. Sie enthält etwas Phosphor und ziemlich viel Jod, liefert weder eine reducirende Substanz, noch Nucleinbasen. Sie gehört daher weder zu den Mucinen, noch zu den Nucleinen oder Paranucleinen.

Durch Verdauung mit Magensaft erhält man aus der Colloidsubstanz eine Eiweisssubstanz (Albumose) und einen nicht eiweissartigen Körper. Letzterer enthält den Phosphor des Colloids und die grössere Menge des Jod; etwas Jod findet sich auch in der Eiweisssubstanz. Die Schilddrüse enthält ferner eine ziemliche Menge von Extraktivstoffen. Ob sich darunter bisher unbekannte Amidokörper (*Fraenkel's* Thyreoantitoxin) finden, muss noch unentschieden bleiben.

Die Colloidsubstanz ist, wie aus H.'s Versuchen an thyreoidektomirten Hunden hervorgeht, das wirksame Princip, und zwar ist die nicht eiweissartige Substanz wirksamer, als die Eiweisssubstanz. Von der nicht eiweissartigen Substanz scheint das *Baumann*'sche Thyrojodin abzustammen.

V. Lehmann (Berlin).

2. **Ueber den Gehalt der menschlichen Muskeln an Nucleon**; von Dr. Martin Müller. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 561. 1897.)

Ueber den Nucleongehalt der Kuh-, Frauen- und Ziegenmilch; von Cand. med. Karl Wittmaack. (Ebenda p. 567.)

Zur Kenntniss des Phosphors in der Frauen- und Kuhmilch; von M. Siegfried. (Ebenda p. 575.)

Nach M.'s Untersuchungen enthält die Muskulatur von Erwachsenen 0.1—0.2% Nucleon (Phosphorfleischsäure), die Muskulatur Neugeborener dagegen nur bis zu 0.057%.

Das Nucleon ist auch in der Milch enthalten, und zwar enthielt Kuhmilch durchschnittlich 0.0566%, Frauenmilch dagegen 0.124%, also mehr als die doppelte Menge. Ziegenmilch enthielt im Durchschnitt 0.11%.

Betrachtet man nun das Verhältniss des Nucleonphosphors zum Gesammtphosphor, so beträgt in der Kuhmilch der Nucleonphosphor 6%, in der Frauenmilch 41.5% des Gesammtphosphors. Ferner ergiebt sich, wie S. zeigt, dass in der Frauenmilch der Phosphor fast nur organisch gebunden (im Nucleon, Casein, Lecithin) vorkommt, wogegen der organisch gebundene Phosphor der Kuhmilch noch nicht die Hälfte des Gesammtphosphors ausmacht.

Das Nucleon der Milch muss bei der Phosphorresorption eine grosse Rolle spielen, was auch dadurch wahrscheinlich wird, dass die Muskeln Neugeborener viel weniger Nucleon enthalten, als die von Erwachsenen.

Da das Nucleon Kalk bindet, so wird dadurch verständlich, dass die kalkärmere, aber nucleonreichere Frauenmilch besser der Kalkassimilation dient, als die kalkreichere, aber nucleonärmere Kuhmilch.

V. Lehmann (Berlin).

3. **Ueber die Eiweiss-Verbindungen der Nucleinsäure und Thyminsäure und ihre Beziehung zu den Nucleinen und Paranucleinen**; von T. H. Milroy. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 307. 1896.)

Seit man weiss, dass Nucleinsäuren mit Eiweiss schwer lösliche Verbindungen eingehen, pflegt man die durch Nucleinsäuren in Eiweisslösungen hervorgerufenen Niederschläge als Nucleine anzusehen, ohne dass dies bisher bewiesen war.

M. hat die Verbindungen von aus Thymus gewonnener Nucleinsäure mit Syntonin, sowie mit Deuteroalbumose dargestellt und diese Verbindungen mit den natürlichen Nucleinen verglichen. Die künstlichen Nucleine stimmten mit dem Nuclein der Thymusdrüse im Phosphorgehalt, sowie im Verhalten gegen Pepsin und Trypsin überein, so dass man die Verbindung von Nucleinsäure mit Eiweiss wirklich als Nuclein bezeichnen kann.

Die Verbindung von Thyminsäure mit Syntonin ergab eine Substanz, die sich zwar dem Paranuclein (z. B. dem *Bunge*'schen Hämatogen) sehr ähnlich verhielt, aber doch nicht mit Paranuclein identificirt werden kann. V. Lehmann (Berlin).

4. **Ueber die Bindung des Schwefels im Eiweissmolekül.** Vorläufige Notiz von E. Drechsel. (Centr.-Bl. f. Physiol. X. 18. p. 529. 1896.)

Bei Eiweissspaltung mit Salzsäure konnte Dr. eine eigenthümlich riechende Substanz erhalten, die sich als Aethylsulfid herausstellte. Als das beste Material für die Gewinnung erwies sich der phosphorwolframsaure Niederschlag, woraus zu schliessen ist, dass das Aethylsulfid aus einer schwefelhaltigen basischen Substanz entsteht. Man muss daher unter den Zersetzungsprodukten des Eiweisses nach einer Sulfinbase suchen.

V. Lehmann (Berlin).

5. **Zur Pathologie des Ammoniaks**; von Dr. Hallervorden. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 59. 1896.)

Das Auftreten des Ammoniaks im Urin des Fleischfressers und des Menschen bedeutet, dass ein Ueberschuss von Säure verbunden mit Alkalimangel im Körper vorhanden ist. H. fand bei chronischer Nephritis die Ammoniakausscheidung ziemlich lebhaft in meistens normalen Grenzen schwanken. Das Verhältniss von Ammoniak zu Harnstoff $\frac{NH_3}{+ \atop U}$ betrug gewöhnlich 2—3%. Bei Einführung constanter Milchdiät sinkt die NH_3-Ausscheidung von abnormer Höhe auf normale Zahlen. Wendete H. bei Nephritikern Schwitzbäder an, so gaben diese Kranken, entgegen dem Verhalten des gesunden Körpers, nach den Schwitzbädern reichlich N ab, der in dem Körper zurückbehalten worden war. Die NH_3-Ausscheidung ist am Schwitztage selbst ein wenig erniedrigt, sie kehrt ohne besondere Betheiligung an der N-Schwankung darauf zu den früheren Werthen zurück.

H. Dreser (Göttingen).

6. **Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Ausscheidung und Bildung von Ammoniak bei Infektionskrankheiten**; von Prof. Th. Rumpf. (Festschr. z. Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Vereins zu Hamburg. Leipzig 1896. Langkammer. p. 497.)

R. vermochte zunächst die Erfahrungen von Gumlich zu bestätigen, wonach Aenderungen der Kost beträchtliche Aenderungen in den Werthen der Ammoniakausscheidung hervorrufen (beim Uebergang von eiweissreicher zu eiweissarmer Kost und umgekehrt).

R. hat sodann die Ausscheidung des Ammoniaks bei einigen Infektionkrankheiten (Typhus, Influenza, Gelenkrheumatismus) studirt und gefunden, dass dabei die Menge des ausgeschiedenen Ammoniaks absolut und relativ vermehrt ist. Eine nähere Prüfung ergab, dass diese Aenderung der Ammoniakabscheidung nicht auf die veränderte Nahrung bezogen werden kann. Eben so wenig stellt der Ueberschuss des ausgeschiedenen Ammoniaks ein direktes Stoffwechselprodukt der in den Körper eingedrungenen Bakterien dar. Die vermehrte Ausscheidung ist vielmehr der Ausdruck der schweren Stoffwechselveränderungen, die die Krankheit erzeugt. Brückner (Dresden).

7. **Die Chloride in den akuten fieberhaften Krankheiten.** *Untersuchungen an Malariakranken*; von Dr. G. Rem-Picci und V. Caccini. (Untersuchungen zur Naturlehre XVI. 3. p. 219. 1897.)

R.-P. und C. haben das Verhalten der Chloride während der einzelnen Phasen der Malariaerkrankung an einer Reihe von Kranken studirt und kommen zu folgenden Hauptergebnissen.

Die 24stündige Chlornatriumausscheidung ist während der Fieberzeit meist herabgesetzt. 10 bis 15 Stunden vor dem Anfalle tritt in der Regel eine Steigerung der Chlornatriumausscheidung, zuweilen auch vermehrte Harnausscheidung auf.

Im Harne der *ganzen* Anfallsperiode ist die Chlornatriumausscheidung gesteigert.

In den ersten Stunden bei steigender Temperatur steigt die Chlornatriummenge beträchtlich, bis zu 6 g pro Stunde. Darauf folgt eine Abnahme, die das Aufhören des Fiebers noch etwa 24 Stunden überdauert.

Im Allgemeinen gehen Chloridausscheidung und Stickstoffausscheidung parallel.

V. Lehmann (Berlin).

8. **Sur un rapport spécial existant entre l'urée et le chlore éliminés avec les urines.** *Recherches expérimentales;* par M. Mannelli et A. Gindice. (Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 225. 1897.)

Um zu sehen, ob thatsächlich, wie Bunge voraussetzt, eine feste Beziehung zwischen dem ausgeschiedenen Harnstoff und den ausgeschiedenen Chloriden besteht, untersuchten M. und G. Urine bei hauptsächlich animalischer, rein vegetabilischer, ferner bei kochsalzarmer und kochsalzreicher Nahrung und nach einem langen Marsche, ebenso bei verschiedenen Krankheiten. Sie kommen zu dem

Schlusse, dass ein constantes Verhältniss thatsächlich besteht. [Aus der beigegebenen Tabelle ist dies aber nicht zu ersehen. Ref.]

V. Lehmann (Berlin).

9. **Réaction de la sueur de l'homme**; par S. Arloing. (Lyon méd. XXVIII. 50. p. 505. 1896.)

A. hat die Reaktion des auf verschiedene Weisen gewonnenen menschlichen Schweisses untersucht. Danach ist die Reaktion bei verhältnissmässig langsamer Absonderung sauer, bei schnellerer neutral oder leicht alkalisch.

V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

10. **Ueber das Verhältniss der Centrosomen zum Protoplasma**; von K. Kostanecki und M. Siedlecki. (Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 181. 1896.)

Seit dem Beginne der 80er Jahre hat das Gebiet der Zellenforschung durch die Arbeiten zahlreicher hervorragender Autoren eine gewaltige Umwälzung erfahren, ohne dass es bisher gelungen wäre, sich auch nur über die neuen Begriffe, geschweige denn über die Theorien zu einigen. Die Vff. der vorliegenden Arbeit bemühen sich, ihre sorgfältigen Beobachtungen im Sinne einer Klärung zu verwerthen, kommen aber über eine Stellungnahme für oder wider einen Begriff, eine Deutung, eine Hypothese auch nur wenig hinaus. Ausgehend von den im befruchteten Ei von Ascaria megalocephala wahrnehmbaren Zellenstrukturen, besprechen sie die Begriffe der van Beneden'schen Attraktionsphäre, des Boveri'schen Archoplasma, die Struktur des Zellenleibes, den Begriff des Centralkörpers, sein Verhalten zur Insertion der organischen Radien, kurz Alles, was von Anderen zum Theil in ganz speciellen Untersuchungen über die feineren Strukturen und Vorgänge im Inneren der Zelle zu Tage gefördert worden ist. Ihre Beobachtungen und Bemerkungen werden jedenfalls die Beachtung aller Cytologen finden.

Teichmann (Berlin).

11. **Beitrag zur Kenntniss der Sekretionserscheinungen in den Epithelzellen der Schilddrüse**; von Dr. G. Galeotti. (Arch. f. mikrosk. Anat. XLVIII. 2. p. 305. 1896.)

G. hat an Schildkröten gearbeitet, weil deren Schilddrüse besonders grosse Epithelien besitzt und die Thiere gegen operative Eingriffe sehr widerstandsfähig sind. Er injicirte den Thieren stickstoffhaltige Substanzen, die als giftige Stoffwechselprodukte gelten, bez. Blut und Serum von anderen Schildkröten, denen die Schilddrüse vorher operativ entfernt worden war. Es hat sich herausgestellt, dass diese Substanzen die Schilddrüse zu stärkerer Sekretion anregen. Ferner hat sich ergeben, dass zwei verschiedene Stoffe in den Epithelien durch zwei verschiedene Mechanismen ausgeschieden werden: die eine Substanz in Form fuchsinophiler Körnchen ist endonucleären Ursprungs und ihre Sekretionerscheinungen gleichen denjenigen, die in den enzymerzeugenden Zellen anderer Drüsen beobachtet werden. Die andere Substanz bildet sich unmittelbar im Cytoplasma in Gestalt hyaliner Tropfen, sie besitzt keine basophilen Eigenschaften. Besonders interessant war die Beobachtung, dass einige der toxischen Substanzen die Produktion des einen Sekretionsstoffes anregten, andere die des zweiten und noch andere die Absonderung beider zugleich. So wurde die Produktion der fuchsinophilen Körnchen gesteigert durch Injektion von Galle und Gallensäuren allein, diejenige der hyalinen Tropfen durch Einspritzung von Leucin, menschlichem Urin und salzsaurem Neurin; die Sekretion beider Produkte nahm zu durch Infektion mit Hydrophilna fuscua und durch Einspritzung von Kreatin, Xanthin und fauligen Substanzen. Die einfachsten Produkte des Stoffwechsels, wie Harnstoff und Harnsäure, regten auch in starker Dosis die Sekretion nicht auffallend an. Die auch von anderen Autoren beobachtete vollständige Umbildung der Epithelien in eine hyaline, homogene Substanz ist G. geneigt, für eine Degeneration-, oder wenigstens Erschöpfungserscheinung zu halten. Teichmann (Berlin).

12. **Die interstitiellen Zellen des Hodens und ihre physiologische Bedeutung**; von Julius Plato. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 2. p. 280. 1896.)

Durch merkwürdige Befunde von Kanälchen, die zu Fettströmungen im Hoden des Katers Beziehungen zu haben schienen, sah sich Pl. veranlasst, der Bedeutung des Fettes für die Spermatogenese überhaupt nachzuforschen. Auf Grund der Befunde am Mäusehoden kam er dann zu der Anschauung, dass das Fett ein Nährmaterial für die reifenden Spermatozoën darstelle und deshalb in bestimmten Stadien der Spermatogenese in einer von der Wand der Tubuli gegen das Lumen gerichteten Strömung begriffen sei. Während bei der Maus eine im Inneren des Tubulus gelegene periphersche Fettzone als Ausgangspunkt dieser Strömung bezeichnet werden kann, fehlt im Katerhoden diese Randzone; die auch hier vorhandene Fettkörnchenströmung ist in ihrem Ursprunge auf das hier stark entwickelte interstitielle Fettlager zurückzuführen. Gerade in denjenigen Stadien der Spermatogenese, in denen bei der Maus eine vermehrte Anhäufung von Fett in den Fussplatten zu sehen ist, fand Pl. im Katerhoden Kanälchen, die das Fett aus der interstitiellen Substanz in die Tubuli überführten. Teichmann (Berlin).

13. **Die Atrophia der Follikel und ein seltsames Verhalten der Eizelle**; von J. Janošík. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 2. p. 169. 1896.)

Aus einer Reihe von Einzelbeobachtungen zieht J. den Schluss, dass die Eizelle im Ovarinm durch regelrechten Process die Richtungskörperchen oder ihnen ganz gleiche Gebilde liefern kann. Am häufigsten hat er dies bei jungen Thieren, aber auch in Ovarien älterer Thiere gefunden. Nach der Bildung dieser Körperchen kann die Eizelle im Ovarinm, also ohne jede Befruchtung, noch weiter sich theilen, wobei die ans der Theilung entstehenden Segmente Kerne enthalten. Diese Theilung kann bis zur Bildung einer grösseren Anzahl von Segmenten führen, die alle Kerne besitzen und unter einander fast gleich gross sind oder ungleiche Grösse haben. Neben diesen wirklichen Theilungen kommen vielfach auch nur Fragmentirungen der Eizelle vor besonders bei älteren Thieren, oder es kann auch die Eizelle „schollig“ zerfallen. Mit der fortschreitenden Theilung der Eizelle geht auch die Membrana pellncida verloren, wie es bei der normalen Entwickelung nach der Befruchtung in der Tube geschieht. J. hält es für möglich, dass ein Eichen, wenn es in die Tube gelangt und nicht befruchtet wurde, dieselben Phasen der anfänglichen Furchung durchlaufen kann, wie wenn es im Ovarium zurückgehalten worden wäre. Man könnte also beim Studium der ersten Furchungstadien leicht anch solchen Eichen begegnen und die an ihnen beobachteten Erscheinnngen in den normalen Gang der Theilung von befruchteten Eiern einzuschalten versucht sein. Teichmann (Berlin).

14. **Ueber Variabilität und Wachsthum des embryonalen Körpers**; von Dr. Alfred Fischel. (Morpbol. Jahrb. XXIV. 3. p. 369. 1896.)

F. hat an 104 Entenembryonen von einem Stadium, in dem der 1. Urwirbel sich abznschnüren im Begriffe ist, bis zum Stadium mit 20 Urwirbeln vergleichende Messungen über das Längenwachsthum sowohl des ganzen Embryo, wie auch seiner einzelnen Abschnitte im Verhältnisse zu einander und znm Gesammtkörper angestellt und ist dabei zu bemerkenswerthen Resultaten über die Schwankungen dieses Verhältnisses gelangt. Individnelle Variationen in Bezug auf die Länge kommen in allen Stadien vor, sowohl was die Gesammtlänge des Embryo, als auch diejenige seiner Theile betrifft. Es kann z. B. ein Embryo nm mehr, als die Hälfte grösser sein, als ein anderer des gleichen Stadium, und bei einigen Körpertheilstrecken kann sogar das Maximnm 8- bis 9mal so gross sein, wie das Minimum für Embryonen des gleichen Stadium. Andererseits kann dieselbe Körperstrecke bei einem Embryo von 3 Urwirbeln eben so lang sein, wie bei einem solchen von 20 Urwirbeln. Diesen bedeutenden Längenverschiedenheiten dürften Differenzen im inneren Aufbau der Embryonen und ihrer Organe entsprechen, wenn nicht zu Grunde liegen. Auch zwischen der Gesammtlänge und der Länge der Theilstrecken besteht bei Embryonen des gleichen Stadium fast in allen Fällen keine feste Beziehung. Diese individuellen Variationen, namentlich des Verhältnisses der einzelnen Körperabschnitte zu einander, wurden hanptsächlich in den jüngsten Stadien gefunden und bei Strecken, die im vorderen Abschnitte des embryonalen Körpers liegen, in denen also die Differenzirung der Organe eine viel weiter fortgeschrittene ist, als in den hinteren Bezirken. An den letzteren finden sich Variationen auch in den älteren Stadien, das sind aber Strecken, in denen die Differenzirung der Organe erst *beginnt*. Die Abnahme, bez. das Verschwinden der individuellen Variationen und das Auftreten eines regelmässigeren Verhältnisses zwischen den einzelnen Theilstrecken in den *älteren* Stadien spricht dafür, dass während der Entwickelung regelnde Einflüsse sich geltend machen, durch die allmählich ein strengerer, gesetzmässigerer Aufbau des embryonalen Körpers sich einstellt und die Variationen geringer und seltener werden. Als solche regelnde Vorrichtungen haben wir wohl die Correlation der sich entwickelnden Organe anzusehen.

In Bezug auf das Wachsthum der einzelnen Theilstrecken hat sich zunächst ergeben, dass in einem gegebenen Zeitpunkte die Stärke des Wachsthumes an den verschiedenen Körperabschnitten eine verschiedene ist. In einem bestimmten Zeitpunkte setzt sich also der embryonale Körper aus Zonen eines verschieden regen Wachsthumes zusammen. Fast allen Strecken ist ferner der Umstand gemeinsam, dass ihr Wachsthum kein *stetig* zunehmendes ist. Das Wachsthum der Gesammtlänge des Embryo, sowie seiner einzelnen Körperabschnitte ist vielmehr als ein periodisches, bald mehr, bald weniger zunehmendes zu bezeichnen. Das periodische Wachsthum der einzelnen Körperabschnitte lässt sich vielleicht dadurch erklären, dass das momentane Plns an Wachsthumsenergie der einen Strecke ein Minns an Energie für eine andere Strecke bedeutet. Das periodische Wachsthnm der Gesammtlänge jedoch, d. h. das abwechselnde Auftreten von Phasen grösseren oder geringeren Längenwachsthums des ganzen Embryo, ist vielleicht dnrch das jeweilig stärkere oder geringere Wachsthnm in die Breite und Höhe zu erklären. Teichmann (Berlin).

15. **Beiträge zur Lehre von der Ovulation, Menstruation und Conception**; von Dr. Paul Strassmann. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 134. 1896.)

In knrzen Capiteln werden die geltenden Anschauungen über die physiologischen Beziehungen zwischen den Funktionen der Eierstöcke und der Gebärmntter untereinander, sowie die Stellung beider zum Gesammtorganismus dargestellt. Die Wiedergabe der Ueberschriften mag genügen, den Inhalt dieser Capitel anzudeuten; „Die Perio-

dicität der Funktionen des geschlechtsreifen weiblichen Organismus. Das Ovarium in seinen Beziehungen zum übrigen Körper. Werth des einzelnen Organs. Stellung des Uterus zum Gesammtorganismus. Die gegenseitigen Beziehungen von Ovarium und Uterus, entwickelungsgeschichtlich, klinisch und experimentell. Menstruation und Castration. Zeitliche Entfaltung der geschlechtlichen Funktionen. Der physiologische Ausfall der Ovulation. Die anatomischen Vorgänge bei der Eireifung und Eiausstossung. Periodicität der Eiausstossung beim Weibe. Menstruation. Betheiligung der Tuben an der Menstruation, Regelmässigkeit der Menstruation, Abhängigkeit von verschiedenen Einwirkungen. Die Menstruation ist keine selbständige Lebensäusserung des Uterus und ist nicht die Ursache der Ovulation. Ist die Ovulation die Ursache der Menstruation?"

Zur Lösung dieser letzten Frage wurde an Hündinnen experimentirt. Die Pflüger'sche Hypothese, dass Druckerhöhung im Ovarium Hyperämie im Uterus verursache, zeigte bei diesen Versuchen den Weg. Während vorübergehende Zerrung und Verlagerung des Ovarium keine Erregungen oder Veränderungen am Endometrium bewirkte, liess die Injektion von Gelatine in das Gewebe des Ovarium (analog dem wachsenden Follikel) nach einigen Tagen Veränderungen an den Genitalien der Hündin anatomisch und histologisch nachweisen, die denen der Brunst bis zu gewissen Grenzen ähnlich waren. Bei den Thieren stellten sich Hyperämie der Scheide und der äusseren Genitalien, Erektion der Clitoris, vermehrte Schleim- und Blutabsonderung ein. Das Endometrium war verdickt, der Drüsenapparat hatte zugenommen.

In diesen Resultaten wird eine Stütze für die Annahme gesehen, dass auch beim Menschen das Ovarium die Uterusschleimhaut beherrscht. Die Spermatozoën wandern zur Tube und erwarten hier das Ei. Dieses wird beim Eintritte in die Tube befruchtet und gelangt in den Uterus. Schon während der Wanderung des befruchteten Eies durch die Tube beginnt die Wucherung der Schleimhaut und ihre Umwandelung in Decidua, eine Umwandelung, die von der Berührung mit dem Ei unabhängig ist. Die prämenstruelle Schwellung und Wucherung ist die Vorstufe der Decidua. Sobald Befruchtung des Eies eingetreten ist, bleibt die Menstruationblutung aus; daraus ist zu entnehmen, dass der Austritt des Eies *vor* der Blutung erfolgen muss, und dass, wenn die Menstruation innerhalb der letzten 3 Wochen dagewesen ist, keine Befruchtung eingetreten und das Ei jener letzten Phase unbefruchtet zu Grunde gegangen ist. Als Keim einer Schwangerschaft haben wir also dasjenige Ei zu betrachten, das *nach* der letzten Menstruation heranreifte, d. h. das Ei der Follikelberstung, die kurz vor dem Termine der fehlenden Regel erfolgte. „Die periodische Schwellung des Endometrium ist eine Funktion (im Sinne der Mathematik) der Eireifung, wie die Deciduabildung eine Funktion der Eibefruchtung ist." Brosin (Dresden).

16. **Zur Physiologie der Menstruation**; von Dr. Friedrich Westphalen. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 35. 1896.)

Von 50 Frauen, deren Menstruationtypus genau bekannt war, wurde durch Ausschabung oder gelegentlich einer Totalexstirpation Endometrium gewonnen und histologisch untersucht. Der Zahl der Mitosen nach erreicht die Regeneration des Gewebes, sowohl des Oberflächenepithels und der Drüsen, als auch des Stromas und der Gefässe, ihren Höhepunkt etwa am 14. und 15. Tage nach Beginn der Menstruation; zur Zeit dieser selbst und vom 18. Tage von der Menstruation an, scheint sie gleich Null zu sein. Nach Beendigung der Regeneration der Uterusschleimhaut, also etwa vom 18. oder 19. Tage an, entwickelt sich allmählich die prämenstruelle Schwellung. Sie besteht in einer vorwiegend serösen Durchtränkung des Stromas und in einer Volumzunahme der Drüsenzellen. Das Lumen der Drüsen füllt sich dabei mit schleimigem Sekret. Brosin (Dresden).

17. **Beiträge zur vergleichenden Anatomie der Nasen- und Schnauzenknorpel des Menschen und der Thiere**; von Fr. Spurgat. (Sond.-Abdr. aus Morphol. Arbeiten V. 3. 1896.)

Die Knorpeltheile der menschlichen und thierischen Nase sind nach Sp. Theile einer ursprünglich einheitlich gestalteten Nasenknorpelkapsel, die zweifächerig war und die Gestalt einer Doppelröhre mit parallelen Läufen hatte. Die geringste Abänderung an diesen Ethmoidalröhren hat das Septum erfahren, ebenso ist die Decke, das Tegmen narium, verhältnissmässig noch gut erhalten. Die grössten regressiven und progressiven Metamorphosen weisen dagegen die seitlichen und die unteren Partien der Röhren jederseits auf. Dafür spricht die grosse Variabilität der dort befindlichen rudimentären Knorpelstückchen, und der Process der Rück- und Fortbildung ist noch heute im Gange. Beim Menschen speciell sind diese Spuren deutlich zu verfolgen und auch im erwachsenen Zustande zu erkennen. Die von Jacobson entdeckte Cartilago paraseptalis ist oft auch beim Menschen an der entsprechenden Stelle vorhanden und dann deutlich von den anderen Basalknorpeln zu unterscheiden. Auf Grund seiner Untersuchungen, die hauptsächlich im Hinblicke auf die menschlichen Verhältnisse angestellt worden sind, schlägt Sp. folgende von ihm schon 1893 (Anatom. Anzeiger VIII. 6 u. 7) gegebene Eintheilung der Nasenknorpel vor: 1) Septum narium cartilagineum; 2) Tegmen narium cartil.; 3) Annulus cartil. aperturae narium; 4) Cartilagines basales narium. Diese von den Formationen der Knorpeltheile absehende, nur die einheitliche Anlage in der Thierreihe berücksichtigende Benennung und Eintheilung ge-

währt die Möglichkeit, die grössten Rückschläge und die grössten Rückbildungen in der Entwickelung mit Leichtigkeit unterzubringen.

Teichmann (Berlin).

18. Untersuchungen über die Funktionen der Kehlkopfmuskeln; von Dr. Hans Neumayer. (Arch. f. Laryngol. IV. p. 323. 1896.)

Durch Wägung der Kehlkopfmuskeln verschiedener Thiere und des Menschen fand N., dass der Crico-arytaenoideus posticus nicht, wie man bisher angenommen hat, der grösste und kräftigste Kehlkopfmuskel ist, sondern dass der Thyreo-arytaenoideus (internus und externus) das grösste Gewicht hat, dass an 2. Stelle der Cricothyreoideus kommt, während der Posticus erst die 3. Stelle einnimmt; mithin besitzen die Schliesser der Glottis ein beträchtliches Uebergewicht über den einen Oeffner. Damit stimmt auch gut die Thatsache überein, dass die unmittelbar nach dem Tode vorhandene, lediglich durch die Elasticität der den Kehlkopf zusammensetzenden Theile bedingte Cadaverstellung der Stimmbänder mit Eintritt der Todtenstarre in eine mehr oder weniger der Phonationstellung genäherte Stellung übergeht.

Die Beobachtung, dass die Glottisform durch die Todtenstarre wesentlich verändert wird, führte N. auf den Gedanken, die Muskelstarre für das Studium der Wirkung der einzelnen Kehlkopfmuskeln zu verwenden. Von den verschiedenen Methoden, Muskelstarre hervorzurufen, erwies sich die Anwendung der Wärme als am geeignetsten. Mit Hülfe von verschieden grossen Eisenstäben, die er in kochendem Wasser erhitzte und dann auf den vorher rasch freigelegten Muskel auflegte, konnte N. in wenigen Sekunden eine vollständige und auf den einzelnen Muskel isolirte Starre herbeiführen, die lange Zeit unverändert anhielt und ein Resultat ergab, das die grösste Aehnlichkeit mit der aktiven Contraktion des Muskels hatte. Durch Prüfung der verschiedenen Muskeln in der Wärmestarre ergab sich, dass bei Lähmung des einen M. cricothyreoideus durch Contraktion des gleichnamigen Muskels der anderen Seite eine Drehung des Ringknorpels innerhalb des Schildknorpels erfolgt. Der Scheitel des Ringknorpelbogens wird dadurch nach der nicht gelähmten Seite verzogen, während die Ringknorpelplatte nach der gelähmten Seite zu abweicht.

Auf diese Weise kommt ein Schiefstand der Glottisspalte zu Stande. Die MM. cricothyreoidei vermögen bei ihrer Contraktion die Stimmbänder nach der Medianlinie hin zu bewegen. Die bei tiefer Inspiration zu beobachtende perverse Verengerung der Stimmritze ist nicht auf Aspiration der Stimmbänder durch die einströmende Luft, sondern auf die Contraktion der MM. sternothyreoidei zurückzuführen. Die vertikale Portion des M. crico-arytaenoideus posticus besorgt vorzüglich die Erweiterung der Stimmritze, während die horizontale Portion den Aryknorpel nach rückwärts fixirt. Der Glottisschluss kommt in der Gegend der Aryknorpel dadurch zu Stande, dass sich nur die Spitzen der Aryknorpel mit den ihnen aufsitzenden Santorini'schen Knorpeln aneinander legen. Die Basen und die Innenflächen der beiden Aryknorpel nähern sich zwar einander, kommen aber nicht zu vollständiger gegenseitiger Berührung.

Rudolf Heymann (Leipzig).

19. Ein casuistischer Beitrag zur Lehre von der Innervation des Kehlkopfes; von Dr. Grabower. (Arch. f. Laryngol. V. p. 315. 1896.)

Seit der Arbeit von Schech hatte man allgemein angenommen, dass der Accessorius die Innervation der Kehlkopfmuskeln besorgt. 1899 hat Gr. und unabhängig von ihm fast gleichzeitig Grossmann durch Experimente nachgewiesen, dass der Accessorius mit der Innervation des Kehlkopfes nichts zu thun hat, dass diese vielmehr durch den Vagus allein besorgt wird. Diese Resultate sind von verschiedenen Seiten bekämpft worden, theils unter der Begründung, dass Vagus- und Accessoriuskern anatomisch nicht scharf von einander zu trennen wären, dass man deshalb auch die Funktionen der beiden Nerven nicht scharf trennen könne, theils mit Anführung von klinischen Beobachtungen, bei denen neben Kehlkopfmuskellähmung Lähmung des Sternocleidomastoideus und Cucullaris vorhanden war. Zur Prüfung des anatomischen Einwandes hat Gr. selbst anatomische Untersuchungen vorgenommen, die ergeben haben, dass der Accessorius ein rein spinaler Nerv ist, und dass irgend welcher Zusammenhang zwischen dem Accessoriuskern und den Vaguskernen ausgeschlossen ist. Zur Entkräftung des klinischen Einwandes führt Gr. aus, dass in keinem der Fälle, die als Beweis gegen seine Lehre vorgebracht sind, die Möglichkeit ausgeschlossen ist, dass neben dem Accessorius nicht auch der Vagus, bez. neben dem Accessoriuskern nicht auch der Vaguskern erkrankt war. Gr. theilt nun einen klinisch, durch viele Jahre genau verfolgten Fall mit pathologisch-anatomischer Untersuchung mit, der darthut, dass der Accessorius mit der Innervation des Kehlkopfes nichts zu thun hat. Der Fall ist kurz folgender.

Ein aus gesunder Familie stammender Schlosser hatte 1866 einen Anfall von Bewusstlosigkeit, danach Erweiterung der rechten Pupille. Darauf Oculomotoriuslähmung. Ende der 70er Jahre lancinirende Schmerzen, Ataxie der Beine, Westphal'sches Symptom, Analgesie, Blasenlähmung, fast völlige Ophthalmoplegie rechts, links unvollständige, Pupillenstarre auf Lichteinfall, Sensibilitätsstörungen im Trigeminusgebiete. 1890 nicht ganz normale Erweiterung der Glottis bei der Inspiration. Später trophische Störungen im Trigeminusgebiete, Anomalien des Geschmackes. In den letzten Lebensjahren Larynx- und gastrische Krisen.

Gr. hat den Kehlkopf zuerst im Mai 1894 und zuletzt im November 1894, 8 Wochen vor dem Tode, untersucht und dabei linksseitige Recurrenslähmung gefunden. Die Lähmung hat in der letzten Zeit, wo keine Spiegel-

untersuchung mehr stattfand, wahrscheinlich auch das rechte Stimmband ergriffen.

Die mikroskopische Untersuchung ergab typische Degeneration der Hinterstränge, die sich in die Medulla oblongata bis in die Kerne der Goll'schen und Burdach'-schen Stränge hineinerstreckte. Die Accessoriuskerne und Accessoriuswurzeln waren beiderseits völlig normal, ebenso die Hypoglossuskerne und -Wurzeln, die sensiblen Vaguskerne beiderseits und der Nucleus ambiguus mit den von ihm ausgehenden Fasern. Das solitäre Bündel zeigte beiderseits eine von unten nach oben zunehmende Degeneration, ebenso die aufsteigende Trigeminuswurzel. Die extrabulbären Vaguswurzeln waren stark atrophirt, links stärker als rechts.

Im Kehlkopfe war der linke Posticus vollständig, der rechte Posticus stark, der linke Internus mässig atrophisch. Rudolf Heymann (Leipzig).

20. **Allgemeine Betrachtungen über das Wesen und die Funktion des vegetativen Nervensystems**; von Prof. E. Jendrassik in Budapest. (Virchow's Arch. CXLV. 3. p. 427. 1896.)

J. fasst seine Ansicht über Einrichtung und Funktion des vegetativen Nervensystems folgendermaassen zusammen: *Der Grenzstrang ist entlang sämmtlicher cerebrospinaler Wurzeln ausgebreitet und verbindet sich nahezu mit allen Wurzeln der Spinal-, wie der Kopfnerven.* Die Ganglia ciliare, nasale, oticum, linguale, geniculatum, nebst dem Plexus caroticus sind *sympathischer Natur*, während Bulbus olfactorius, Zellenschicht der Retina, Ganglion Gasseri, Intumescentia ganglioformis Scarpae, Ganglia spirale, petrosum und jugulare als *den Spinalganglien gleich* zu erachten sind. Die Ganglienzellen zeigen eine gewisse *Individualität und Unabhängigkeit* ähnlich den Vorderhornzellen, mit denen sie übrigens organisch nicht zusammenhängen, so dass sie bei deren etwaiger Zerstörung unversehrt bleiben. Ihre Aufgabe ist 1) *die Umgestaltung dunkelrandiger in Remak'sche Fasern,* 2) *die Vermehrung dieser letzteren*; daher nennt sie J. *Transformirungzellen.* Der *Grundtypus der sympathischen Elemente* ist folgender: Aus den Centralbahnen (Gehirn, Rückenmark) tritt eine dunkelrandige Faser durch den weissen Ramus communicans in den Grenzstrang und endet im nächsten Ganglion, manchmal auch erst in dem entfernter gelegenen Organganglion (Herz, Darm u. s. w.) als Endkorb um eine sympathische Zelle. Von dieser stammen dann eine oder mehrere Remak'sche Fasern ab, die entweder direkt oder nach neuerlicher Unterbrechung durch eine Organganglienzelle ihre letzte Endung (in Drüsen oder an der glatten Muskulatur) erreichen. Alle diese Elemente sind *motorische, centrifugal leitende.* Ausserdem finden sich in den Bahnen des vegetativen Nervensystems dunkelrandige *sensible* Fasern, und zwar 1) solche, die in keiner näheren Beziehung zum Gangliensystem stehen, sondern diesen Weg blos zur näheren Erreichung ihres Zieles betreten zu haben scheinen, 2) solche, die in innigem Zusammenhange mit den Funktionen der Eingeweide und durch die grauen Rami communicantes und die Spinalganglien, bez. durch den Vagus und die entsprechenden Ganglien in Verbindung mit dem Centralnervensystem stehen. Da der Vagus der Hauptrepräsentant dieser *centripetal leitenden* Bahnen ist, so gebraucht J. den Namen *Vagussystem* dafür.

[Im Grossen und Ganzen stimmt das bis hierher von J. vom vegetativen Nervensystem Ausgesprochene mit der Ansicht Kölliker's überein (Handbuch der Gewebelehre 1896). K. hat bei seinen anatomischen Forschungen stets den Resultaten physiologischer Studien, über die im Jahre 1895 vor dem physiologischen Congresse in Bern Langley zusammenfassend berichtete, die eingehendste Beachtung geschenkt. Leider findet in der vorliegenden Schrift der Name des letztgenannten verdienstvollen Gelehrten keine Erwähnung, so dass wir annehmen müssen, seine Arbeiten seien ohne Einfluss darauf geblieben. Um so interessanter ist daher die Uebereinstimmung, in der sich J. bisher in der Hauptsache auch mit den Anschauungen Langley's befindet. Dagegen nimmt im Folgenden J. in mancher Beziehung einen von den geläufigen Anschauungen abweichenden Standpunkt ein.]

J. führt fort: *Der eigentliche Vagusstamm gehört morphologisch, wie physiologisch zu den sensiblen oder centripetal wirkenden Nerven, das Ganglion jugulare ist demgemäss gleich einem Spinalganglion* und die Anordnung der von ihm in die Medulla eintretenden Wurzelfasern muss nach Analogie der von dem Spinalganglion als hintere Wurzel in das Rückenmark eintretenden Fasern beurtheilt werden. Die durch Reizung des Vago-Accessorius auslösbaren motorischen Verrichtungen in quergestreiften Muskeln werden durch Fasern des *Accessorius* veranlasst, der ein *rein motorischer*, centrifugal wirkender Nerv ist. Die *Herzfasern* dieses Doppelnerven gehören dem Vagus an und sind centripetaler Art. J. nimmt an, dass von der Endausbreitung dieses Nerven möglicherweise feinste, den Collateralen ähnliche Fäserchen an die Organganglien herantreten und so den *primitivsten Reflexbogen* bilden. In der Hauptsache aber vermitteln sie den durch Blutbeschaffenheit, Druckschwankungen u. s. w. empfangenen Reiz nach dem Centralnervensystem, von wo aus durch die Bahnen des Sympathicus die Regulirung der Herzthätigkeit entsprechend den Bedürfnissen des Körperhaushaltes erfolgt (*grosser Reflexbogen*). Hiernach wären die bisherigen Anschauungen von der *Hemmungsfunktion* und vom *Vagustonus* zu berichtigen und die Schlussfolgerungen, die man auf Grund dieser Annahme über die regelmässige Herzaktion, über Beschleunigung und Verlangsamung machen kann, ergeben sich ganz von selbst. Dass beim Durchschneiden des Vagus der Spannungszustand sofort aufhört, entspricht vollkommen dem Verluste des Tonus nach Durchtrennung der peripherischen (sensiblen) Nerven. Je nach dem Organ wird sich der Einfluss der Vagusspannung verschieden äussern, sämmtliche Centren in der Oblon-

gata aber, vasomotorische, wie die der Eingeweide, muss man sich in Folge der zugeführten Reize als in einer steten Erregung vorstellen nnd bei der unmittelbaren Nachbarschaft ist wohl auch die Annahme berechtigt, dass zwischen den verschiedenen Centren gewisse Compensationen stattfinden können.

J. nimmt ferner, hauptsächlich von der Iris ausgehend, noch eine *dritte Art der Verbindung zwischen den Organen und dem Centralnervensystem* an, die, aus dem Rückenmarke stammend, ihren Weg in den Bahnen des Sympathicus findet. Dort erfährt sie eine Unterbrechung durch Ganglienzellen und endet schliesslich nicht in denselben Gewebe-Elementen, wie die anderen sympathischen Fasern, sondern in den Antagonisten. J. nennt diese Verbindung *Dilatatorsystem* und bezeichnet als ihren Zweck die Erhaltung eines antagonistisch wirkenden *Tonus.* Wie weit die Annahme dieses Systems begründet ist, mag aus den eigenen Worten J.'s erhellen. Er sagt bei der nun folgenden Besprechung der Innervationverhältnisse einzelner Organe 1) bei der *Iris:* Jener Einfluss, der im Wege des Halssympathicus zur Pupille gelangt, ist der oben erwähnte Dilatatortonus; es ist bisher noch *unbekannt,* in welchem Ganglion die aus der Grenze des Hals- und Brustmarkes entstammenden cerebrospinalen Wurzeln transformirt werden. 2) Bei der *Thränendrüse:* Dilatatorbahn *unbekannt,* wahrscheinlich durch die eintretenden sympathischen Fasern vertreten, Vagussystem = N. lacrymalis, Sympathicus = Ramus communicans, vom Facialis stammend. 3) Bei den *Speicheldrüsen:* In den Submaxillar- und Sublingualdrüsen *scheint* der aus dem Plexus caroticus stammende Theil als Dilatatorsystem zu betrachten zu sein, Vagus = N. lingualis vom Trigeminus, Sympathicus = Facialis. 4) Bei dem *Herzen:* Das Dilatatorsystem ist hier noch *unbekannt,* die Acceleransfasern sind wahrscheinlich die Rami communicantes, die zu den Ganglienzellen ziehen, vielleicht aber schon im Grenzstrange transformirt sind. 5) Bei der *Athmung:* Sie ist von den vegetativen Verrichtungen die dem Willensorgan am meisten zugängliche Funktion, besitzt nur den centripetalen vegetativen Halbkreis, der centrifugale wird durch cerebrospinale Nerven versorgt, Reflexcentrum in Medulla, peripherischer Reflexkreis existirt nicht. 6) Bei den *Gefässen:* Sympathische Elemente innerviren die Constriktoren, wie die Dilatatoren, derzeit ist es aber noch *nicht gut möglich,* das gegenseitige Verhältniss der Austrittsstellen der betreffenden Wurzeln am Rückenmarke zu bestimmen. Danach sagt J.: *Die Funktion der Dilatatorbahnen liegt klar zu Tage an der Pupille und an den Gefässen, nicht so leicht verständlich hingegen ist die Rolle dieses Systems in den Drüsen.*

[Thatsache ist, dass wir durch Ludwig zwar ein Vasomotoren-, d. h. Vasoconstriktoren-Centrum in der Medulla kennen gelernt haben, aber über die Lage oder Existenz eines Dilatatorencentrum nichts wissen. Anch die von J. mitgetheilten physiologischen und die am Schlusse folgenden klinischen Beobachtungen sind nicht ausreichend, die Existenz eines besonderen Dilatatorsystems zu beweisen. Die von J. lichtvoll durchgeführte Gliederung des vegetativen Systems in das eigentliche Sympathious- und in das Vagus-System erklärt an sich viel besser die angeführten Erscheinungen.

In Beziehung auf das Verhalten der Iris möchte Ref. erwähnen, dass nicht Grünhagen allein die Existenz eines selbständigen M. dilatator pupillae nicht anerkennt und die dünne Lage radiärer Muskelfasern anatomisch, wie physiologisch dem Sphincter angliedert. Beschattung der Netzhaut, dyspnoische Blutbeschaffenheit sollen das Centrum des Dilatator pupillae erregen. Man kann die Sache auch so auffassen: Beschattung der Netzhaut ist gleichbedeutend mit dem Ausfalle der für den Tonus des Sphincter nöthigen Erregung und dyspnoische Blutbeschaffenheit wirkt direkt lähmend auf das Centrum des Sphincter iridis.]

Kothe (Friedrichroda).

21. **1) Du mécanisme cortical des phénomènes reflexes**; par K. Pándi. (Paris 1895. G. Steinheil. 8. 71 pp.)

2) Der cortikale Mechanismus der Reflexphänomene; von Dr. K. Pándi. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXI. p. 465. 1895.)

Nach eingehender, besonders in der ersteren Abhandlung sehr ausführlicher Darlegung einschlägiger klinischer Beobachtungen und experimenteller Erfahrungen einer grossen Menge von Autoren, nach Erörterung der anatomischen und physiologischen Beziehungen zwischen den höheren und niederen Centren des Centralnervensystems und unter Berücksichtigung zahlreicher klinischer Thatsachen und pathologisch-anatomischer Befunde kommt P. zu der Ansicht, dass die Reflexphänomene des intakten Organismus, sowohl die rapiden, als die langsamen Reaktionformen, durch die Hirnrinde zu Stande kommen; dem gegenüber konnte er keine einzige physiologische oder klinische Thatsache finden, die einwandfrei darlegte, dass die subcortikalen Verbindungen ohne abnorme Reize Reflexe oder auch nur einen Tonus zu vermitteln im Stande wären. Die subcortikalen Theile des Nervensystems haben keine eigene, von der des Gehirns getrennte Funktion, noch weniger eine entgegengesetzte; sie leiten vielmehr die Erregung vom Gehirn zu den vorderen Rückenmarkswurzeln. Nach totaler Unterbrechung der Leitung der cortikalen Bahnen treten die unteren, niederen Bahnen für alle Funktionen des Gehirns, die complicirtesten, wie die einfachsten, ein; jedoch erreichen diese Ersatzfunktionen niemals den Grad der cortikalen Vollkommenheit.

A. Boettiger (Hamburg).

22. **Ueber die Wirkung der Nebennierenextrakte auf Herz- und Blutdruck**; von Prof. R. Gottlieb. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 99. 1896.)

G. benutzte zu seinen Versuchen wässerige Extrakte von getrockneten Nebennieren vom Schweine, die er (1 : 10 Theilen Wasser) frisch bereitete. Etwa 10 Sekunden nach der intravenösen Injektion weniger Zehntelcubikcentimeter solcher wässeriger Auszüge beginnt der Blutdruck plötzlich anzusteigen und erreicht schon nach wenigen Sekunden sein Maximum, auf dem er 2—3 Minuten verharrt und dann im Laufe von 10—15 Minuten auf den ursprünglichen Betrag herabsinkt. Dass diese Blutdrucksteigerung nicht vom Gefässnervencentrum ausging, sondern peripherischen Ursprungs war, konnte G. sehr leicht an tief chloralisirten Kaninchen zeigen, bei denen der durch das Chloral auf 20—30 mm Hg gesunkene Blutdruck durch Injektion von Nebennierenextrakt wieder auf 70—80 mm Hg gehoben wurde, während der Reiz des Erstickungsblutes, auf die unerregbaren Gefässnervencentren einwirkend, ausser Stande war, den Blutdruck in die Höhe zu treiben. Eine sehr bedeutende Drucksteigerung tritt demnach auch bei völliger Unerregbarkeit der vasomotorischen Centren ein.

Ausser durch peripherische Gefässwirkung kann die Blutdrucksteigerung durch Steigerung der Herzkraft und des Pulsvolumens zu Stande kommen; dass letztere beiden Faktoren sehr wesentlich betheiligt sind, erschliesst G. aus dem Verhalten der vom Quecksilbermanometer aufgeschriebenen Pulse und aus onkographischen Versuchen an der Niere bei fortgesetzter Chloralisirung. Nach G. dürfte sogar die Steigerung der Herzthätigkeit den wesentlichsten Faktor in der Wirkung des Nebennierenextraktes darstellen. Diese energische Herzwirkung des Extraktes beim Warmblüter war bei Weitem ungefährlicher, als die Wirkung der Substanzen der Digitalisgruppe.

Interessant ist ferner, dass das Nebennierenextrakt das durch immer weiter fortgesetzte Chloralhydratinjektion in einen Zustand von Narkose versetzte Herz wieder zu beleben vermag, was mit Digitalinsubstanzen nicht möglich ist. Aber selbst dann, wenn der Ventrikel fast völlig stillsteht, selbst noch 5 Min. nach dem Stillstande durch Chloralhydrat, liess sich die Wiederbelebung durch intravenöse Nebennierenextraktinjektion, verbunden mit Thoraxcompression bewerkstelligen.

Als Angriffspunkt dieser Reizwirkung am Herzen betrachtet G. die *Ventrikelganglien* und nicht die Herzmuskulatur; die Aufhebung des Muscarinstillstandes erfolgt ebenso wie bei den die automatischen Herzganglien erregenden Substanzen. Sehr deutlich zeigten dies auch Versuche mit Hülfe von *Stannius*'schen Ligaturen am Froschherzen. Waren durch die „erste Ligatur“ die rhythmisch auslösenden motorischen Sinusganglien vom Ventrikel in ihrer nervösen Verbindung abgeschnitten, so wurde der stillstehende Ventrikel wieder zu rythmischen Schlägen angeregt, die völlig unabhängig von der Frequenz der Sinuspulsationen vor sich gingen. H. Dreser (Göttingen).

23. **Contribution to the physiological effects of „peptone“ when injected into the circulation**; by W. H. Thompson. (Journ. of Physiol. XX. 6. p. 455. 1896.)

Th. hat die Einwirkung des Peptons auf Blutgerinnung und Blutdruck nochmals untersucht. Es wurde *Witte's* Pepton in 7proc. Kochsalzlösung rasch in die Femoralvene gespritzt. Er fand, dass das Pepton, in einer Menge von mehr als 2 cg pro Kilogramm Thier injicirt, die Gerinnung verlangsamt, in geringerer Dosis sie aber beschleunigt. In Gaben bis herunter zu 15—10 mg pro Kilogramm bewirkte es Verminderung des Blutdrucks und Gefässerweiterung. Diese Erscheinungen hängen nicht von einer Beeinflussung des vasomotorischen Centrum ab, sondern entstehen durch direkte peripherische Einwirkung auf die Blutgefässe. Diese besteht in Herabsetzung der Erregbarkeit der Gefässmuskeln und Gefässnerven. V. Lehmann (Berlin).

24. **Zur Kenntniss der physiologischen Wirkung der hydrolytischen Fermente**; von Dr. H. Kionka. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 38. 1896.)

Die von Hildebrandt ermittelte Thatsache, dass die hydrolytischen Fermente (Pepsin, Chymosin, Invertin, Diastase, Emulsin, Myrosin) im thierischen Körper fiebererregend und giftig wirken, ist in neuerer Zeit bestritten worden. K. hat daher neue Versuche mit Invertin angestellt und schliesst: Das Invertin, und wahrscheinlich auch andere hydrolytische Fermente, wirken auf Warmblüter toxisch und fiebererregend. Diese Wirkung ist nicht abhängig von Bakterien, die zugleich den Thieren injicirt werden, sondern sie tritt auch auf, wenn durch Desinfektion oder Filtration die Bakterien abgetödtet, bez. entfernt worden sind. V. Lehmann (Berlin).

25. **Sur les effets qui se produisent dans l'organisme, relativement à l'auto-intoxication d'origine intestinale, lorsqu'on met la veine porte en communication avec la veine cave inférieure**; recherches du Dr. Ferruccio Schupfer. (Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 311. 1896.)

Während bisher verschiedene Untersucher durch Ausschaltung der Leber (vermittelst der Eck'schen Fistel) bewiesen zu haben glauben, dass die Leber der Ort sei, wo Gifte und giftige Stoffwechselprodukte unschädlich gemacht würden, ist dies durch Untersuchungen von Queirolo zweifelhaft geworden. Sch. hat nun neue Versuche angestellt, indem er bei Hunden den urotoxischen Quotienten vor und nach der Operation bestimmte.

Die Hauptfolgerungen, die Sch. aus seinen Untersuchungen zieht, sind: Der urotoxische Quotient ist nach der Operation erhöht. Die Giftigkeit des Urins steht in keinem Verhältnisse zum Gesammtstickstoff, Harnstoff oder anderem Stickstoff, auch nicht zum specifischen Gewicht, wohl aber zur Menge des Ammoniaks. Falls nach der Operation Vergiftung eintritt, ist die Giftigkeit des Urins stark vermindert. Die Funktion der Leber, Gifte unschädlich zu machen, muss aufrecht erhalten werden. V. Lehmann (Berlin).

26. **Verdauungshyperleukocytose und Verdauung**; von Dr. Rich. Burian und Dr. Heinrich Schur. (Wien. klin. Wchnschr. X. 6. 1897.)

Ueber die Vermehrung der weissen Blutkörperchen während der Verdauung ist viel geschrieben worden, ohne dass eine Uebereinstimmung der Ansichten erzielt worden wäre. B. u. Sch. haben ihre Untersuchungen in der 2. med. Klinik zu Wien angestellt und können bestätigen, dass *„gewöhnlich“* nach Einnahme grosser Eiweissmengen eine Hyperleukocytose eintritt; nicht immer! Das Blut kann unverändert bleiben, obwohl, wie die Harnuntersuchung zeigt, Verdauung und Resorption des Genossenen tadellos sind. Diese Thatsache schränkt die Bedeutung der Hyperleukocytose erheblich ein. „Die Verdauungshyperleukocytose hängt mit der Resorption nicht so zusammen, wie Ursache und Wirkung, sondern sie ist ein Accidens, und zwar der Ausdruck des Bestrebens des Organismus, sich mit Hülfe der Lymphapparate eindringender Schädlichkeiten zu erwehren.“

Dippe.

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

27. **Ueber den Einfluss der Abkühlung auf die Disposition zur Infektion**; von Dr. Emil Fischl in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXII. 5. 1897.)

F. setzte die Körperwärme von Kaninchen nach dem von Wertheim und Walther angegebenen Verfahren um ca. 10° C. herab und spritzte im Momente der niedrigsten Körpertemperatur den Thieren Culturen von Diplococcus pneumoniae Fraenkel in die äusseren Randohrvenen. Gleichzeitig wurden nicht abgekühlte Controlthiere auf genau dieselbe Weise inficirt. Das Ergebniss war, dass die abgekühlten Thiere der Infektion gegenüber weniger widerstandsfähig waren als die Controlthiere, mit anderen Worten, dass die Bakterien im abgekühlten Körper leichter ihre üblen Wirkungen entfalteten, als im normalen. Gleichzeitig zeigte es sich, dass der Körper in den Leukocyten ein mächtiges Schutzmittel gegen die eingedrungenen Krankheiterreger besitzt, denn eine bedeutende Vermehrung der weissen Blutkörperchen war bei den geretteten Controlthieren festzustellen, bei den an der Infektion gestorbenen (abgekühlten) Versuchsthieren war dagegen keine ausgesprochene Leukocytose zu Stande gekommen. Stets verschwanden fast gleichzeitig mit dem Rückgange der Leukocytose auch die Bakterien aus dem Blute der erkrankten Thiere. Radestock (Dresden).

28. **Trauma und Infektion**; von Dr. R. Stern. (Ztschr. f. prakt. Aerzte Nr. 19. 1896.)

Die kurze Mittheilung enthält nichts Neues; sie fasst nur die Hauptpunkte dieses wichtigen, viel bearbeiteten Gegenstandes zusammen: das Trauma kann den Infektionerregern die Pforte öffnen (Wundinfektion); das Trauma kann nach bereits erfolgter Infektion die Erreger zur Thätigkeit bringen und ihnen bestimmte Theile zugänglich machen (Osteomyelitis, Tuberkulose); das Trauma kann anscheinend abgelaufene, ausgeheilte Infektionen von Neuem aufflammen machen, oder es kann von einem umschriebenen Krankheitherde her eine Allgemeininfektion bewirken. Dippe.

29. **Sur le mode d'action des sérums préventifs**; par le Dr. J. Bordet. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 2. p. 193. 1896.)

B. behandelt in 3 Abschnitten die *Wirkungsweise der Schutzsera*, und zwar spricht er zunächst über die *Lokalisation der baktericiden Stoffe im Thierkörper*, sodann über die *Wirkungsweise der Immunsera in vitro* und schliesslich über den *Antheil*, den die *lebende Zelle und die Säfte* an der *aktiven und passiven Immunität nehmen.*

1) Die *Leukocyten* im immunisirten Körper müssen die *baktericiden Stoffe* liefern und diese in das Blut übertreten lassen; zu diesem Schlusse kommt man, wenn man die Wirkungsweise vom Serum eines immunisirten Thieres und andererseits die von der Oedemflüssigkeit desselben Thieres vergleicht: in letzterer fehlen die Leukocyten und damit die baktericiden Kräfte, ersteres enthält Leukocyten und wirkt stark baktericid. Diese Thatsachen konnten einfach durch Keimzählung auf den angelegten Gelatineplatten ermittelt werden. Einen anderen und genaueren Maassstab für die baktericide Kraft jedoch bildet die bekannte Pfeiffer'sche *Reaktion*, bei der man direkt die Schädigung der Keime (Aufhören der Beweglichkeit und Zerfall der Bakterien in Körner) wahrnehmen kann. Durch Metschnikoff erfuhren wir, dass diese Reaktion auch im Reagenzglase sich vollzieht. B. stellte dann fest, dass leukocytenfreie Oedemflüssigkeit und Humor aqueus eines immunen Thieres eine Vibrionenauflösung nicht herbeizuführen vermochten, er gelangte zu denselben und ähnlichen Resultaten mit Bac. typhi und dem Pyocyaneus. Demnach kann es nach B. keinem Zweifel unterliegen, dass die Leukocyten die Hauptrolle bei den baktericiden Vorgängen spielen. — In der Folge wendet

sich B. vor Allem gegen Pfeiffer, dessen Versuchsresultate von denen Metschnikoff's und dessen Schüler abweichen, und geht dann über auf die Erscheinung der *Agglomeration*, die schon *vor* Gruber mehrfach beobachtet worden ist (so von Charrin und Roger, Metschnikoff, Isaëff und Ivanoff). Die Erklärung, die Gruber für diese Erscheinung gab, ist deswegen unhaltbar, weil mikroskopisch keine Veränderungen sich nachweisen lassen, vielmehr muss der Vorgang der Zusammenballung mit der Molecularattraktion in Verbindung gebracht werden. Weiterhin bespricht B. die Pfeiffer'sche Reaktion, der er die absolute Zuverlässigkeit abzustreiten sich bemüht. In der Hauptsache begründet B. dies mit dem Verhalten des Massauahvibrios, der auf Choleraserum negativ reagire. [Bekanntlich aber hält Pfeiffer, unser erster Vibrionenkenner, nach seinen Untersuchungen die Massauahvibrionen für artverschieden von den Kommabacillen der Cholera. Ref.] Die von Gruber und Durham veröffentlichte Methode der Diagnose in vitro ist dasselbe, was B. schon vorgeschlagen hat. B.'s Methode geht sogar noch weiter, da sie zugleich ausser der Immobilisirung der Vibrionen und Anhäufung auch die Körnchenbildung zu beobachten gestattet. B. geht sodann auf einige bei dieser Methode leicht sich einstellende Schwierigkeiten ein, die man im Originale nachlesen möge.

Im 3. Abschnitte seiner Arbeit betont B. nochmals die Bedeutung der Leukocyten. Die Phagocytose hebt er als das Wichtigste hervor, da sie ja immer funktionire, unabhängig von der mehr nebensächlichen Körnchenbildung und Immobilisirung der Bakterien. Die Agglutinirung vollends kann der Phagocytose gar nicht den Rang streitig machen bei der Eliminirung der Mikroorganismen. Wenn das Pferd, das für *Tetanus* sehr empfänglich ist, in seinem normalen Serum agglutinirende Substanzen enthält, so folgt daraus, dass die Fähigkeit, zu agglutiniren, nicht mit immunisirenden Eigenschaften zusammenfällt. Auch kann, wie Isaëff nachwies, bei erfolgter Zusammenballung von Pneumokokken ihre Virulenz erhalten sein. Schliesslich bespricht B. noch den Mechanismus der passiven Immunität und die Beziehung der letzteren zur aktiven Immunität. Die *passive Immunität* kommt zu Stande durch die passive Steigerung des baktericiden Vermögens der Phagocyten, damit stellt sich B. wieder den Anschauungen Pfeiffer's gegenüber. Die *aktive Immunität* streift B. nur in aller Kürze, auch da spielt die baktericide Kraft der Phagocyten die Hauptrolle, hierzu kommt noch die Vermehrung der Leukocytenzahl, sowie die Zunahme der chemotaktischen Sensibilität.

Fioker (Leipzig).

30. **Sur les toxines non microbiennes et le mécanisme de l'immunité par les sérums antitoxiques**; par A. Calmette et A. Delarde, Lille. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 12. p. 675. 1896.)

C. u. D. kommen auf Grund ihrer mit Schlangengift und anderen nicht bakteriellen Toxinen angestellten Thierversuche zu dem Schlusse, dass das Serum von den gegen gewisse Toxine immunen Thieren nicht immer zur Immunisirung anderer Thiere geeignet ist; z. B. zeigten sich Huhn und Schildkröte unempfindlich gegen hohe Dosen von Abrin, indessen besassen deren Sera keine antitoxischen Eigenschaften. Auch bei einigen bakteriellen Toxinen war das Gleiche zu beobachten; so liefert z. B. das Huhn, das unempfindlich gegen Tetanusgift ist, ein gegen eben dieses Gift wirkungsloses Serum. Auch das Serum der gegen Schlangengift immunen Thiere, z. B. des Igels und Ichneumons, besitzt keinen oder einen unverhältnissmässig kleinen Gehalt von Schlangengift-Antitoxin.

Es besteht nach der Ansicht von C. u. D. kein Verhältniss zwischen der natürlichen Immunität gewisser Thiere gegenüber Toxinen und dem Antitoxingehalte ihres Serum und sowohl die natürliche, als auch die künstlich erworbene *Immunität* beruht auf der vitalen *Energie der Zellen*, die durch wiederholte Toxineinverleibungen einer Steigerung fähig ist. . Radestock (Dresden).

31. **Zur Kenntniss der Antitoxinwirkung**; von Prof. P. Ehrlich. (Fortschr. d. Med. XV. 2. p. 41. 1897.)

Während Roux der Ansicht ist, dass die Antitoxine keine direkte chemische Wirkung auf die Toxine ausüben, sondern vermittelst ihrer besonderen Einwirkung auf die thierischen Zellen den Körper gegen Toxine immunisiren, vertreten Behring und Ehrlich die Annahme, dass die Antitoxine durch ihre chemische Verbindung mit den Toxinen letztere unschädlich machen, was sich auch im *Reagenzglase* zeigen müsste. E. nahm nun *Ricin*, ein pflanzliches Toxalbumin, das sowohl cirkulirendes als freies Blut derart gerinnen lässt, dass die rothen Blutkörperchen sich zu einem festen Gerinnsel niederschlagen, während das darüberstehende Serum wasserklar erscheint. Sobald E. dieses Ricin mit *Antiricin*, das im Organismus ricinimmuner Thiere sich bildet, im Reagenzglase zusammenbrachte, blieb beim Hinzufügen von Blut die Gerinnung aus; also wird das Ricin von seinem Antitoxin direkt chemisch beeinflusst.

Hiernach hält E. seine Theorie von dem *Chemismus* der Toxine und Antitoxine aufrecht und glaubt, auch betreffs anderer Antitoxine diesen Nachweis führen zu können.

Radestock (Dresden).

32. **Ueber die Keimung der Bakteriensporen**; von Dr. G. Grethe in Halle. (Fortschr. d. Med. XV. 2. p. 43. 1897.)

G. studirte den für die Unterscheidung der Bakterienarten wichtigen Vorgang der Sporenkeimung sowohl im hängenden Tropfen, als auch

mit Hülfe der Färbung von sich entwickelnden Sporen (Deckgläschenpräparate).

Zunächst verfolgte er diesen Vorgang beim *Bacillus mycoides* oder Wurzelbacillus, dessen Sporen sehr schön den Modus der *seitlichen Auskeimung* zeigten: Die reife Spore ist schlank und mit einem zarten, hellen Hofe umgeben. Tritt nun im Wärmeschrank Keimung ein, so wird die glänzende Spore zunächst breiter und damit rundlicher. Zugleich wird ihr Glanz geringer. Dann wächst auch ihr Längendurchmesser, doch wächst der Hof nicht mit. In Folge dessen berührt an den Längsseiten die wachsende Spore den Rand dieser Hülle. Unterdessen hat die Spore schon längst allen Glanz verloren und unterscheidet sich von einem kurzen Bacillus nur durch ihre mehr ovale Form. Ist etwa die Länge eines Stäbchens erreicht, so hört das Längenwachsthum der Spore auf, es bildet sich an einer der Längsseiten, meist nahe der einen Spitze, eine kleine seitliche Ausbuchtung und man erkennt nun im Inneren der Spore einen ovoiden Körper, den jungen Bacillus, der an einer Seite die Sporenwand vorbuchtet. Bald wird diese Vorbuchtung stärker und das junge Stäbchen deutlicher erkennbar. Es nimmt zur Längsrichtung der Spore eine mehr spitzwinklige Stellung ein und wird dunkler, während die Spore im Uebrigen ganz hell wird. Alsdann reisst die Kapsel ein; mitunter schiesst der junge Bacillus mit einem Rucke daraus hervor, gewöhnlich bleibt er aber mit der Längseite der Sporenmembran in Zusammenhang.

Diese Entwickelungsphasen des Bac. mycoides beanspruchen bei höherer Temperatur durchschnittlich $^3/_4$—$1^1/_2$ Stunde, bei Zimmertemperatur mehr Zeit. Radestock (Dresden).

33. **Zur Bakteriologie der Beulenpest**; von Dr. W. Kolle in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. 1897.)

Die mit Mikrophotogrammen illustrirte Arbeit bietet einen umfassenden Ueberblick über die bakteriologischen Einzelheiten der Pest, deren specifisches Bacterium Kitasato und Yersin gleichzeitig unabhängig von einander gefunden haben. Der Buboneninhalt enthält Unmassen von Pestbakterien, Stäbchen, die mit Methylenblau starke Polfärbung zeigen, während die Mitte der Stäbchen fast farblos bleibt. K. fand, dass der Pestbacillus morphologisch dem Hühnercholerabacillus ähnlich, nur kleiner ist. Ausser in den Drüsen finden sich die Peststäbchen im Blute und in der Milz. Kitasato konnte in dem aus der Fingerkuppe Pestkranker entnommenen Blute häufig die Bacillen nachweisen. Neben den Peststäbchen fanden sich indessen oft auch Streptokokken, wie dies bei Diphtherie, Tuberkulose, Scharlach u. s. w. auch der Fall ist. Die mit Anilin gefärbten Pestbacillen entfärben sich nach Gram'scher Methode, während die Streptokokken ihre Färbung behalten. Ausserdem dient die Züchtung zur Unterscheidung.

In den Culturen zeigt sich der Pestbacillus als kurzes Stäbchen ohne Geisseln und ohne Eigenbewegung; eine Kapsel konnte auch K. beobachten, dagegen sind Sporen bisher nicht gesehen worden. Gegen Austrocknung sind die Peststäbchen ziemlich widerstandsfähig, von den üblichen Desinfektionsmitteln werden sie rasch getödtet. Wie Kitasato und Yersin fanden, sind Ratten, Mäuse und Meerschweinchen sehr pestempfänglich; durch Pestleichen inficirt sterben sie schnell, ohne dass es zu Bubonen kommt; künstlich gezüchtete Pestculturen, die weniger virulent waren, erzeugten dagegen bei diesen Thieren eine der menschlichen Beulenpest völlig gleiche, mit Bubonen einhergehende Krankheit, die im Laufe der 2. Woche tödtlich ausging.

Das Pestheilserum gewann Yersin von Pferden, denen er steigende Dosen frischer Agarpestculturen in die Venen eingespritzt hatte. Dieses Pestserum entfaltet, wie K. bestätigt, bei Thieren eine starke Immunisirungsfähigkeit, aber eine geringe Heilwirkung, welche letztere jedoch nach Yersin's Angaben beim Menschen eine starke sein und die Mortalität von 80—90 auf 7.6% herabsetzen soll.

K. kann auch bestätigen, dass die Schutzimpfungen Erfolg für eine aktive Immunisirung versprechen; es gelang ihm, 5 Ratten und 4 Meerschweinchen durch Einspritzung einer bei 65° C. abgetödteten Pestagarcultur gegen Pestinfektion widerstandsfähig zu machen, was Haffkine auch bei Menschen erreicht haben will.

Demnach befindet sich die Therapie gegenüber der Pest auf einem Erfolg versprechenden Wege. Radestock (Dresden).

34. **Sur la peste bubonique (sérothérapie)**; par A. Yersin. (Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 81. 1897.)

Y. hat die wichtigsten Aufschlüsse über das Wesen und die Verbreitung der Pest in China erhalten. Hier beobachtete er, dass die Epidemien ihren Höhepunkt zwischen März und Juli erreichen. Zuerst erkrankten immer die Ratten, nach ihnen die Menschen, sowie einige Hausthiere. Der specifische Keim der Pest ist ein Coccobacillus, der mit basischen Anilinfarben deutliche Polfärbung annimmt und sich nach Gram entfärben lässt. Er findet sich auch in den Bubonen und Organen pestkranker Ratten, die einer künstlichen Infektion binnen 40—60 Stunden erliegen.

Die Bacillen hausen auch im Erdboden, wo sie sich sehr lange erhalten; hier inficiren sich die langgeschwänzten Zwischenträger, die alsdann eine ganze Stadt mit dem Gifte überschwemmen. Wer sich einigermaassen eine Vorstellung von den durch Ratten unterminirten Schmutzhöhlen des chinesischen Proletariats machen kann, begreift

mit welcher Leichtigkeit diese Rattenkrankheit auf die Menschen übertragen wird. Aber auch Insekten können Zwischenträger sein. Meerschweinchen, denen Y. einen Aufguss von todten Fliegen injicirt hatte, starben an der Pest. Der Mensch wird entweder von der Haut aus oder vom Verdauungskanale aus angesteckt; im letzteren Falle ergiebt die Sektion mehr innere (mesenteriale) als äusserliche Bubonen.

Die Heilwirkung des nach Art des Diphtherieheilserum gewonnenen Pestheilserum ist durch die Heilung von 24 schwer Pestkranken erwiesen. Sehr bald nach den Injektionen des Serum verkleinerten sich zusehends die Bubonen und die Kranken genasen auffallend rasch von der Pest, die sonst binnen 4 Tagen an 90% der Befallenen tödtete. Von Y.'s 26 Kranken starben nur 2 = 7.6%. Nur in vorgeschrittenen Fällen mit eingetretener Herzschwäche war das Heilserum machtlos, das übrigens in Paris hergestellt war und den weiten Transport ohne Einbusse seiner Kraft ausgehalten hatte. Die Injektion ist schmerzhaft, aber ohne schädliche Folgen. Die bakteriologische Diagnose hat Y. bei den behandelten Kranken durch Feststellung des Pestbacillus im Buboneneiter gemacht; Y. hat von Probeculturen abgesehen, da die Pest schon klinisch sicher diagnosticirbar sei, was wir nicht bezweifeln.

Künftig will Y. auch Schutzimpfungen mit dem Pestserum vornehmen.

Radestock (Dresden).

35. **Sur la peste bubonique. Essais de traitement par le sérum antipesteux à propos d'une note du Dr. Yersin**; par E. Roux. (Bull. de l'Acad. de Méd. XXXVII. 4. p. 91. 1897.)

R. theilt mit, dass Yersin bisher 26 Pestkranke mit Serum behandelt hat, von denen nur 2 = 7.6% gestorben sind. Ein beredtes Zeugniss für die specifische Heilwirkung des Pestserum erblickt R. in dem Umstande, dass nach den Einspritzungen ein sichtliches Verschwinden der Bubonen, sowie eine ausserordentlich rasche Reconvalescenz der Pestkranken eintrat. Sodann hob R. die Haltbarkeit und Versandtfähigkeit des Serum hervor, da Yersin meist solches aus dem Pariser Pasteur'schen Institute bezogen habe. Endlich wies R., im Hinblicke auf die grosse Immunisirungskraft, die dem Pestserum Thieren gegenüber innewohnt, auf die Bedeutung des Pestserum für Schutzimpfungen hin.

Radestock (Dresden).

36. **Zur Frage der Uebertragung von Maul- und Klauenseuche auf den Menschen**; von Dr. Bussenius in Berlin und Dr. Siegel in Britz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50. 1896.)

B. und S. weisen aus einer Zusammenstellung der seit Ende des 17. Jahrhunderts bis zur Gegenwart zugleich mit Thierseuchen beobachteten Fälle von Maul- und Klauenseuche beim Menschen die Uebertragung dieser Thierseuche auf den Menschen nach und heben hierbei das in Vergessenheit gerathene Experiment Hertwig's hervor, der im Jahre 1833 durch absichtlichen Genuss roher Milch von einer an Maul- und Klauenseuche erkrankten Kuh sich und 2 Assistenten mit dieser Krankheit inficirte. Die Tabellen ergeben, dass die Seuche auch beim Menschen tödtlich verlaufen kann.

Radestock (Dresden).

37. **Der gemeinsame Krankheitserreger der Mundseuche der Menschen und der Maul- und Klauenseuche der Thiere**; von Dr. Bussenius und Dr. Siegel. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 5. 1897.)

Nachdem man bislang als Ursache der Maul- und Klauenseuche den Mehlthau und andere Noxen des Rauhfutters beschuldigt hatte, beschrieb 1891 Siegel ein bestimmtes Bacterium, das er regelmässig in den Organen der an Maul- und Klauenseuche verstorbenen Thiere, sowie der an Mundseuche verstorbenen Menschen fand, welche letztere die Mundseuche häufig in Form des Skorbuts zeigten.

Erst Anfang 1896 gelang es B., aus den Organen eines an Mundseuche Gestorbenen ein dem Siegel'schen gleichendes Bacterium zu züchten und zu Thierversuchen zu verwenden.

Radestock (Dresden).

38. **Ueber den sogenannten Bacillus mucosus capsulatus**; von C. Fricke. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 380. 1896.)

Fr., der auf Anregung E. Fraenkel's die Gruppe der Kapselbacillen bakteriologisch erforscht hat, stellte fest, dass der Hauptrepräsentant dieser Gruppe, das Friedländer'sche Bacterium sich bei den verschiedenartigsten Erkrankungen und an den verschiedensten Orten findet, also für keine bestimmte Krankheit specifisch ist. Auch den dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus gleichen Ozaenabacillus fand Fr. selbst beim völligen Fehlen einer Ozaena an den verschiedensten Körperstellen vor. Die Kapselbacillen, die bei geimpften Thieren eine typische Septikämie erzeugten, liessen sich in deren Blute in Reinculturen nachweisen, am zahlreichsten in der Milz, doch auch in Lungen, Leber und Nieren innerhalb der Blutbahnen. Die eine Gruppe der Mucosusarten tödtete weisse Mäuse nach subcutaner Einimpfung kleiner Dosen ausnahmelos, eine zweite Gruppe selten oder gar nicht. Die Infektion kann aber auch mittels der Verdauungswege erfolgen; es liessen sich besonders leicht bei Hunden in dem Schleime des katarrhalisch afficirten Dünndarmes die inoculirten Kapselbacillen stets in grosser Menge nachweisen. Dem Bacterium lactis aërogenes, das dem Friedländer'schen Pneumoniebacillus sehr nahe steht, darf eine specifische Bedeutung für die Brechdurchfälle eben so wenig beigemessen werden wie dem Ozaenabacillus für die Ozaena. Beide Kapsel-

bacillen finden nur die günstigsten Wachsthumsbedingungen, der eine in den schleimigen Borken der Ozaena, der andere im Darmschleime.

Radestock (Dresden).

39. **Recherches sur le pneumobacille de Friedlaender**; par L. Grimbert. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 12. p. 709. 1896.)

Gr. bestätigt das häufige Vorkommen des Friedländer'schen Bacillus im Wasser und identificirt ihn mit dem Bac. capsulatus Mori. Zur Isolirung des Friedländer'schen Bacillus vom Bact. coli, das gleichfalls im Wasser häufig auftritt, empfiehlt Gr. das Péré'sche Culturverfahren, auch betont er, dass der Friedländer'sche Bacillus in Peptonlösung kein Indol bildet, und dass er Glycerin fermentirt, während das Bact. coli Indol bildet, Glycerin aber nicht verändert.

Radestock (Dresden).

40. **Les angines à bacille de Friedlaender**; par Charles Nicolle et A. Herbert. (Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 67. 1897.)

Die bakteriologische Untersuchungstation für verdächtige Halsbeläge (in Rouen) gab N. und H. Gelegenheit, aus 8 Belägen Friedländer'sche Bacillen auf coagulirtem Serum zu züchten, wobei die Friedländer'schen Bacillen 6mal in Reincultur, 2mal mit Diphtheriebacillen vermengt erhalten wurden.

Klinisch sahen N. und H. die Friedländer-Angina meist in der chronischen, oft Monate anhaltenden, seltener in subakuter Form auftreten. Auf den Tonsillen oder in deren Nähe finden sich dann kleine perlmutterweisse oder bräunliche, scharfbegrenzte Beläge von 1—5 mm Durchmesser, meist von einander getrennt sitzend, selten zusammenfliessend, sehr schwer abziehbar, nur mit der Curette ganz zu entfernen, wobei die blutende Mucosa freigelegt wird. Das abgeschabte Häutchen, das die Friedländer'schen Bacillen in Fibrin eingelagert enthält, zerfällt im Wasser nicht und verdient daher den Namen einer Pseudomembran.

Abgesehen von einem kratzenden Gefühle im Halse macht die *gutartige* Affektion beim Menschen keine Beschwerden. Mitunter giebt sie Anlass zu Verwechselungen mit follikulärer Angina oder mit Leptothrixmykose des Rachens, dafern keine bakteriologische Untersuchung vorgenommen wurde.

Der Friedländer'sche Bacillus ist an seiner Kapsel und durch die *Gram*'sche Färbung leicht zu erkennen, doch empfiehlt sich, weil neben ihm oft andere Bakterien in der Pseudomembran sitzen, seine Aussaat in geronnenem Serum, woselbst er charakteristische Culturen bildet. Weisse Mäuse, mit der Reincultur der Friedländer'schen Bacillen inficirt, starben binnen 18—60 Stunden; ihr Blut enthielt dann Reinculturen dieser Pilze. Die experimentelle Uebertragung dieser Affektion auf Thiere, die ähnliche Schwierigkeiten bereitet, wie die der Diphtherie, misslang oft; nur zeigte das in die Vulvaschleimhaut geimpfte Kaninchen ein fibrinöses Exsudat mit Friedländer'schen Bacillen in der Schleimhaut; Tauben reagirten auf Impfungen in die Pharynxschleimhaut. Diese Thierversuche wollen N. und H. fortsetzen.

Radestock (Dresden).

41. **De l'emploi des phthaléines pour reconnaître le colibacille, le bacille d'Eberth et celui du choléra**; par Giovanni Graziani. (Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 98. 1897.)

Gr. setzte zu 200 g alkalisirter peptonisirter Bouillon 40 g Milchzucker und 5 cg *Phenolphthalein* und beschickte diesen Nährboden nach seiner Sterilisation in verschiedenen Gläschen je mit Culturen von Bact. coli und mit Typhusbacillen. Es zeigte sich, dass das Bact. coli den rothen Nährboden bei 37° binnen 12—24 Stunden entfärbt, während dies der Typhusbacillus nicht thut.

Sodann versetzte Gr. 200 g peptonisirter Fleischbrühe mit 40 g Milchzucker und 10 cg *Fluorescin*. Diese ziegelrothe Nährmasse vertheilte er auf mehrere sterilisirte Tuben und setzte den einen Cholerabacillen, den anderen Bacillus Escherich zu. Während der Cholerabacillus die Fluorescenz aufhob und die rothe Farbe des Nährmedium in eine hellbraune verwandelte, blieb diese Umwandelung bei Bacillus Escherich aus.

Demnach ist das Phenolphthalein geeignet zur Unterscheidung des Bact. coli vom Typhusbacillus, das Fluorescin zur Differenzirung des Cholerabacillus vom Bacillus Escherich.

Mit Fluorescin versetzte Nährböden, auch feste, hemmen die Entwickelung von Bakterien mit Ausnahme des Cholerabacillus.

Wenn man aber mit Hülfe des Phenolphthaleins das Bact. coli vom Cholerabacillus unterscheiden will, so hat man nach Gr. zu beachten, dass das Bact. coli den mit Phenolphthalein gefärbten Nährboden *rasch* entfärbt, während der Cholerabacillus dies erst nach 24—36 Stunden, aber *nie früher* thut.

Radestock (Dresden).

42. **Contribution à l'étude du bacille typhique**; par P. Remlinger et G. Schneider. (Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 55. 1897.)

R. und Schn. gelang es, den Bacillus Eberth im Erdboden und in unverdächtigem Trinkwasser auch ausser der Zeit einer lokalen Typhusepidemie, sowie im Verdauungskanale nicht an Abdominaltyphus erkrankter Menschen aufzufinden und durch Elsner's Verfahren von den neben ihm gefundenen heterogenen Bakterien zu trennen. Die aus diesen Quellen stammenden Spaltpilze unterschieden sich durch ihre Form, Cultur und Biologie nicht von den Bacillen, die aus wirklich typhösen Darmentleerungen stammten. Nur waren sie weniger virulent und ihre Culturen verhielten sich indifferent gegen Zusatz von Antityphus-Serum.

R. und Schn. glauben, dass dem Bacillus Eberth ebenso wie manchen anderen Bakterien

eine *Ubiquität* zukommt, dass er ausserhalb der Abdominaltyphuskranken im Trinkwasser, im Boden und in den Verdauungswegen Gesunder vorkommt, und dass er an letzterer Stelle so lange unschädlich bleibt, bis eine zufällige Schwächung des Darmes oder auch ein Hinzutreten anderer Bakterien ihm Kraft giebt, seine Wirkung zu entfalten.

Radestock (Dresden).

43. **Ueber das Vorkommen von Masern bei Thieren**; von Dr. Robert Behla in Luckau. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 16. 17. 1896.)

Das Vorkommen von Masern bei Thieren ist nicht sicher verbürgt. Um zu sehen, in wie weit überhaupt von einer Disposition der Thiere für Masern die Rede sein kann, beschritt B. den Weg des Versuches. Er übertrug mittels Pinsels frischen, warmen Schleim aus Nase und Mund von Masernkranken direkt auf die Schleimhaut des Maules und der Nase des Thieres. Bei Kaninchen, Meerschweinchen, Hund, Katze, Maus, Lamm trat ein charakteristischer Hautausschlag nicht hervor. Dagegen erkrankte ein Ferkel am 4. Tage, am 8. zeigte sich ein morbillöser Ausschlag am Rüssel, im Gesicht und an den Ohren, er verbreitete sich über den ganzen Körper und nach Abblassung in den folgenden Tagen stellte sich eine kleienförmige Abschuppung ein. Der Zufall wollte es, dass sich an diesem Versuchsferkel noch zwei grosse Schweine ansteckten, die in derselben Weise erkrankten. B. ist überzeugt, dass er es wirklich mit Masern zu thun hatte.

Patzki (Leipzig).

44. **Phlegmons dans les névrites périphériques**; par M. Deguy. (Revue de Méd. XVI. 12. p. 1019. 1896.)

D. führt im Anschlusse an eine Krankengeschichte aus, dass die durch eine peripherische Neuritis geschaffenen trophischen Störungen auf den Verlauf entzündlicher Processe in dem befallenen Gebiete einen bemerkenswerthen Einfluss ausüben. Besonders Phlegmonen gewinnen oft ein so gefährliches Aussehen, dass man auf ein Sarkom schliessen möchte.

Der Grund für diesen schweren Charakter der Phlegmonen im Gebiete einer peripherischen Neuritis ist in dem die letztere begleitenden Oedeme zu suchen, das die Bindegewebespalten und Sehnenscheiden erweitert und damit den durch gelegentliche Eingangspforten eingedrungenen Eiterungserregern günstige Verbreitungsbedingungen schafft.

Für diagnostisch zweifelhafte Fälle empfiehlt D. die Probepunktion. Die Heilung pflegt nach grossen Längsincisionen prompt zu sein; sie wird durch die Neuritis nicht verzögert.

Radestock (Dresden).

45. **Ueber den Einfluss der vasomotorischen und sensiblen Nerven auf die durch Verbrühung hervorgerufene Entzündung des Kaninchenohres, sowie über die während der Verbrühung auftretenden Allgemeinerscheinungen, insbesondere die Tachypnöe**; von Dr. Rudolf Bunzel. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 6. p. 445. 1896.)

Die Verbrühung der Kaninchenohren geschah durch 5 Minuten langes Einwirken von 53° C. warmem Wasser. War unmittelbar zuvor auf der einen Seite (am besten links) der Halssympathicus durchtrennt worden, to traten auf der vasomotorisch gelähmten Seite die Entzündungserscheinungen zwar nicht früher auf als auf der intakten Seite, aber sie bildeten sich stärker aus und langsamer zurück. War der Sympathicus 14 Tage vor der Verbrühung durchschnitten worden, so traten auf der gelähmten Seite die Erscheinungen eher, stärker, bis zur Blasenbildung und partiellen Nekrose gesteigert, auf.

Die unmittelbar und auch 14 Tage vor der Verbrühung vorgenommene Durchschneidung der sensiblen Nervi auriculares bleibt auf den Verlauf ohne Einfluss. Während der Verbrühung tritt eine anhaltende Steigerung des Blutdruckes ein, die nach Herausnahme der Ohren aus dem heissen Wasser einem Sinken unter die ursprüngliche Höhe Platz macht, zugleich tritt Tachypnöe, sehr oberflächliche und frequente Athmung, letztere auch bei vagotomirten Thieren ein. Trotz Durchschneidung beider (sensiblen) Nervi auriculares stellte sich dennoch frequentere Athmung ein; die Entnervung des Ohres war also nicht vollständig. Auch tiefe Chloralisirung vermochte nicht die Tachypnöe zu verhindern. Kälteapplikation ruft keine Tachypnöe hervor.

H. Dreser (Göttingen).

46. **Die Ptomaine als Ursache des Verbrennungstodes**; von Dr. G. Ajello u. C. Parascandalo. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 34. 1896.)

A. und P. fanden, dass der Tod nach ausgedehnten Verbrennungen durch eine Autointoxikation in Folge von Resorption eines am Orte der Verbrennung, hauptsächlich im Muskelfleische erzeugten Ptomains verursacht wird. Dieses Ptomain, Versuchsthieren subcutan einverleibt, tödtet sie nach grösseren Dosen sofort, nach schwächeren langsamer, und zwar stets unter Albuminurie. Der eiweisshaltige Harn entfaltet bei seiner subcutanen Einspritzung dieselbe Wirkung wie das Ptomain.

Sofortige Abtragung, bez. Amputation der verbrannten Theile verhütete die Resorption des Ptomains und verhinderte damit die Intoxikation und den Tod. Weitere Thierversuche ergaben, dass man durch ausgiebige Aderlässe und darauf folgende Transfusion gesunden Blutes oder künstlichen Serums schon eingetretene Vergiftungserscheinungen zum Verschwinden bringen und den Tod verhindern kann.

Radestock (Dresden).

47. **Intorno all'azione dei caustici sui vasi sanguigni**; pel Enrico d'Anna. (Policlinico III. 19. p. 463. 1896.)

Spritzt man Aetzmittel, wie Argentum nitricum, Mineralsäuren, concentrirte Lösung von Alkalien, Zinkchlorür oder Kreosot, in die Gefässe, so zeigen sich bald sowohl an den Wänden, wie auch in dem Inhalte des Gefässes sehr erhebliche Veränderungen. Das etwas dilatirte Blutgefäss ist mit einem sehr compakten Coagulum ausgefüllt, das aus einer amorphen Masse besteht und keine weissen Blutkörperchen enthält. Soweit die direkte Einwirkung des Aetzmittels sich erstreckt, geht das Endothel nekrotisch zu Grunde. Ebenso fällt die Tunica elastica einer Nekrobiose anheim. Auch die Muskelschicht ist atrophirt. Die Kerne sind im Zustande starker Zersetzung. In einer weiteren Entfernung von der Injektionstelle sind die Veränderungen an dem Gefässe weniger stark. Nachdem der Thrombus sich gebildet hat, vermag er, soweit er der Muscularis anliegt, sich nicht zu organisiren, was übrigens schon seine sehr compakte Beschaffenheit hindert. Es lagern sich aber an der dem Blutstrome zugewendeten Seite des Thrombus allmählich kleine Fibringerinnsel an, bis sie zum nächsten Collateralgefässe hinanreichen. Dieser sekundäre Thrombus wird von einem gesunden Endothel umgeben und findet so die Bedingungen, sich zu organisiren, und von hier aus setzt sich die Organisation in den primären Thrombus fort. Dadurch wird dieser in seiner ursprünglichen Beschaffenheit immer kleiner.

Jedes Causticum hat in seiner Wirkung noch gewisse besondere Eigenschaften. So verursacht Arg. nitricum ein sehr compaktes Coagulum ohne erhebliche Erweiterung des Lumen. Kreosot und Zinkchlorür dagegen führen eine erhebliche Erweiterung des Lumen herbei, weil sie eine specielle Wirkung auf die Muscularis ausüben.

Emanuel Fink (Hamburg).

48. **Ueber die beim Kaltblüter in Fremdkörper einwandernden Zellformen und deren weitere Schicksale**; von Dr. H. Hammerl in Marburg. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XIX. 1. p. 1. 1896.)

Unter Marchand's Leitung hat H. dessen Fremdkörperuntersuchungen bei Kaltblütern in der Art fortgeführt, dass er Fröschen und Tritonen kleine Schwammstückchen aseptisch in die Bauchhöhle einbrachte und die Einheilung zu verschiedenen Zeiten, vom 7. bis zum 40. Tage nach der Operation, verfolgte. Im Wesentlichen ergaben sich dieselben Resultate, wie sie Marchand am Warmblüter festgestellt hat.

Zunächst erfolgt eine Ausscheidung von Fibrin um den Fremdkörper herum und in dessen Maschen; sehr bald folgt die Auswanderung von Leukocyten aus den Blutgefässen des anstossenden Gewebes. Von ihnen lassen sich 3 Arten unterscheiden: einkernige Lymphocyten, dann etwas grössere Leukocyten mit gelappten, eventuell ganz getheilten Kernen, endlich grosse eosinophile Zellen mit bläschenförmigen Kernen, deren Auswanderung aus dem Blut wegen ihres gleichzeitigen Vorkommens in letzterem annehmbar war. Diese eosinophilen Zellen fand H. vom zweiten Tage ab in allmählich zunehmender Zahl. Die Leukocyten bleiben im Wesentlichen innerhalb des Fremdkörpers für lange Zeit, was sie sind; ihre Kerne verändern sich bisweilen sehr wenig, in manchen Fällen wurden stärkere Degenerationen in verschiedenen Modifikationen (Verdichtungen, körniger Zerfall, einfacher Schwund) bis zu völligem Untergang der Zellen beobachtet; andererseits kamen auch unzweifelhafte, wenn auch spärliche Mitosen bei Leukocyten vor, während amitotische Kerntheilung durch Abschnürung so wie Arnold sie beschrieb, nur an frischen Präparaten, an gehärteten aber nur äusserst selten gesehen wurde. Manche Leukocyten wurden von Granulationgewebezellen aufgenommen; niemals fanden sich Bilder, die für eine Umwandlung in solche Zellen oder in Riesenzellen, wie sie von Arnold behauptet wurde, sprachen.

Als zweite Hauptzellenform entwickelt sich von der Verwachsungstelle am Peritonaeum her durch die mitotische Vermehrung der Bindegewebezellen eine den Fremdkörper umgebende und immer tiefer in ihn eindringende Wucherung von Granulationzellen, Fibroblasten mit hellem bläschenförmigen Kern und oft fibrillärem Protoplasma. Diese zeigten in jeder Beziehung Verwandtschaft mit den Bindegewebezellen des Peritonaeum; in allen Stadien der Einheilung fanden sich Mitosen in ihnen, auch in den weit vorgedrungenen, vom Mutterboden losgelösten Exemplaren, denen H. demnach mit Marchand eine vollkommene Locomobilität zuerkennt. Indem derartige Zellen zusammenfliessen, bilden sie mehrkernige Riesenzellen. Nur sehr vereinzelt fanden sich Mitosen in letzteren, die auch auf eine Vermehrung der Kerne ohne nachfolgende Protoplasmatheilung schliessen liessen; häufiger zeigten die Kerne der Riesenzellen verschiedene Degenerationstadien. Ihre unmittelbare Beziehung zu den Bindegewebezellen ging auch, abgesehen von der Kernähnlichkeit, daraus hervor, dass Riesenzellen nur nach vorgängiger Entwicklung junger Fibroblasten zur Beobachtung kamen, und nur an der Peripherie, nicht aber im Centrum der Fremdkörper sich fanden, obwohl in letzterem zahlreiche ruhende Leukocyten lagen, die dort Zeit genug zur Riesenzellenbildung gehabt haben würden.

In späteren Stadien werden die peripherischen jungen Fibroblasten platter, schmäler und demnach älteren Bindegewebezellen ähnlicher.

Bei Tritonen waren die Verhältnisse etwas schwieriger zu beurtheilen, als bei Fröschen, da bei ihnen die Kerne der Leukocyten und Fibroblasten geringere Differenzen zeigten. Riesenzellen kamen bei Tritonen nicht vor.

Beneke (Braunschweig).

49. **Contribution à l'étude des corps étrangers fibreux des articulations**; par A. Berthier et C. Sieur. (Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 77. 1897.)

Eine operativ aus dem Tibiotarsalgelenke entfernte Gelenkmaus, die 3 Jahre in der Synovialhöhle als freier Fremdkörper gelegen hatte, nachdem dieses *Knochenfragment* durch ein Trauma abgesprengt worden war, zeigte sich nicht nur äusserlich mit einem Bindegewebemantel umgeben, sondern war durch und durch einer *regressiven Metamorphose* in *fibrinöses* Gewebe anheimgefallen. Dass es sich aber in der That um einen Fremdkörper knöchernen Ursprungs handelte, zeigte die bei seiner histologischen Untersuchung die vielen Riesenzellen, die Myeloplaxes glichen, umgeben von epitheloidem Gewebe, das von reich entwickeltem Bindegewebe mit zahlreichen Gefässen durchsetzt war. Radestock (Dresden).

50. **De la rate paludéenne**; par Ferrier. (Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 87. 1897.)

Bei der Sektion von Malariakranken, die einem akuten Anfall dieser Krankheit rasch erlegen waren, fand F. eine bedeutende *Hyperämie* und kleinzellige lymphoide Infiltration der Milz, die, angeschnitten, sofort zerfloss. Leute, die nach einem mittelstarken Malariaanfall einer hinzutretenden Krankheit erlegen waren, zeigten *Hypersplenie*, Zunahme sowohl des Binde-, als des parenchymatösen Gewebes. Kranke, die durch wiederholte Anfälle kachektisch geworden waren, zeigten *Sklerose* der Milz, bedeutende Zunahme des Bindegewebes, Verdickung der Bindegewebebalken und vor Allem eine so ausgesprochene Dilatation der Gefässsinus, dass man aus dem anatomischen Befunde die Möglichkeit seiner auskultatorischen Wahrnehmung (blasende Geräusche) entnehmen möchte.

Krankengeschichten und Sektionbefunde von 6 Malariakranken der Colonialtruppen fügt F. bei, um zu zeigen, wie aus dem Milzbefunde stets die Periode der Malariaerkrankung abzulesen ist.

Radestock (Dresden).

51. **Contributo all'anatomia patologica delle perniciose**; pel E. Benvenuti. (Policlinico III. 16. p. 390. 1896.)

Die von B. angeführten pathologisch-anatomischen Untersuchungen bei Perniciosa, jener schweren Formen von Malaria, die besonders im Herbst und Winter auftreten, haben zu folgenden Ergebnissen geführt:

Gehirn: Die graue Substanz sieht bleifarben aus, die weisse Substanz ist weiss und mit zahlreichen punktförmigen Hämorrhagien durchsetzt.

Milz: Erhebliche Grössenzunahme, weiche Consistenz, Kapsel stark gespannt, hier und da Spuren von Perisplenitis, die Pulpa sieht dunkelroth aus. Die Grenze zwischen Corticalis und Substanz verschwommen, in manchen Fällen ganz und gar verwischt. Die Corticalis ist blassgrau oder gelblich.

Leber: Im Ganzen etwas vergrössert, an einzelnen Stellen erweicht, in manchen Fällen von dunkelrother Farbe, die grossen Gefässe mit schwärzlichem Blute prall gefüllt.

Lungen congestionirt und ödematös, hier und da bronchopneumonische Herde.

Magen und Darm: Schleimhaut sehr hyperämisch, subcutane Hämorrhagien, oberflächliche Ulcerationen, Peyer'sche Plaques hypertrophirt.

Knochenmark dunkelroth, sehr erweicht.

Auf Grund dieser Befunde und weiterer Erwägungen kommt B. zu dem Schlusse, dass die Perniciosa sich von anderen Formen des Malariafiebers pathologisch-anatomisch unterscheidet, ein Umstand der für die parasitär specifische Natur der Perniciosa spricht.

Emanuel Fink (Hamburg).

52. **Dégénérescence graisseuse du foie, suite de lésions toxi-infectieuses du tube digestif. Urobilinurie intense. Néphrite parenchymateuse sans albuminurie**; par Charles Levi. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 812. 1896.)

Ein 17jähr. Mädchen, das jahrelang an hartnäckiger Verstopfung mit gastrischen Krisen gelitten hatte, zeigte eine starke Urobilinurie; Albuminurie bestand nicht. Die Blutkörperchen waren nach Form und Anzahl normal. Der Tod trat infolge Entkräftung ein. Die Sektion ergab: Starke *Fettleber* (1300 g), parenchymatöse Nephritis, chron. Magendarmkatarrh.

L. führt aus, dass die Leber- und Nierenentartung in diesem Falle auf eine durch hartnäckige Verstopfung verursachte *gastrointestinale Autointoxikation* zurückzuführen sei; das Fehlen von Albuminurie sei bemerkenswerth. Radestock (Dresden).

53. **Ueber Selbstverdauung des menschlichen Pankreas**; von Prof. H. Chiari. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 1. p. 70. 1896.)

Wir wissen, dass der Magen sich gelegentlich selbst verdaut und wir wissen, dass dieses mitten im Leben, im Todeskampfe und in der Leiche geschehen kann. Schon lange vermuthete man etwas Aehnliches vom Pankreas und Ch. führt durch zahlreiche, sorgsame Untersuchungen den Beweis dafür, dass in der That auch bei dem Pankreas eine intravitale, agonale und postmortale Selbstverdauung vorkommt, und zwar durchaus nicht selten. Ch. meint, „dass etwa in der Hälfte der Todesfälle das Pankreas zur Zeit des Absterbens des betreffenden Individuums die Fähigkeit besitzt, sich sei es in toto, sei es in Herden selbst zu verdauen“. Weshalb dieses nicht jedes Mal geschieht, lässt sich zur Zeit noch nicht sagen. Ebenso sind die genaueren Umstände bei der sehr viel wichtigeren vitalen Selbstverdauung noch unbekannt. Ch. fand sie in 2 Fällen, sie hatte zu einer Nekrose in Herden mit reaktiver chronischer Pankreatitis interstitialis geführt, nicht wie man von vornherein glauben sollte, zu einer vollständigen Auflösung der ergriffenen Theile. Zweifellos wird sie zu Blutungen und Verjauchungen Anlass geben können.

Dippe.

54. **Ueber die Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter**; von Paul Maas in Bonn. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 358. 1896.)

Bei einem 5jähr. Mädchen, das unter den Erscheinungen der Miliartuberkulose gestorben war, hatte die Tuberkulose sich von den Genitalien aus über Lunge, Leber, Nieren und Gehirn verbreitet. Vom Nabel aus zogen Stränge in die Bauchhöhle, die mit fibrös degenerirten Tuberkeln besetzt waren. Es ist daher anzunehmen, dass die erste Infektion von der Nabelwunde aus erfolgte, dass die Tuberkulose sich von hier in das Peritonaeum fortpflanzte und von dort aus auf die Tuben und den Uterus überging (Fall 1).

Zur Beurtheilung des Infektionsweges werden weitere 7 Fälle aus der Literatur analysirt.

Im Falle 2 (Talamon) handelte es sich um eine sekundäre Genitaltuberkulose. Anscheinend hatte vom Darm aus ein Durchbruch tuberkulöser Geschwüre in die Excavatio recto-uterina stattgefunden und eine tuberkulöse Pelveoperitonitis und Oopheritis veranlasst. Im Falle 3 (Mosler) lag der Primärherd in den Lungen, im Falle 5 (Frerichs) im Darm. Im Falle 4 (Mosler) scheint eine primäre Genitaltuberkulose unbekannter Entstehung vorzuliegen. In den Fällen 6 und 7 (Demme) dürfte die Genitalschleimhaut durch das Sputum der Mutter, bez. des Vaters inficirt sein. Im Falle 8 (Demme) endlich hat vielleicht das Kind, das nach Masern an tuberkulöser Pneumonie erkrankte, mit dem Finger das eigne bacillenhaltige Sputum auf die Vulva übertragen.

Bresin (Dresden).

55. Ueber die Tuberkulose des Eierstocks; von Dr. Br. Wolff. Aus dem Senkenberg'schen Institut zu Frankfurt (Prof. Weigert). (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 235. 1896.)

W. giebt eine ausgedehnte Literaturübersicht über die Frage der primären und sekundären Ovarialtuberkulose und kommt zu dem Resultat, dass die erstere nicht so selten ist, als man früher anzunehmen geneigt war, während die letztere geradezu ziemlich häufig vorkommt. Allerdings besteht über die Infektion auf dem Blutwege kein sicherer Anhalt; dagegen konnte W. als Folge einer Infektion vom Peritonaeum her die Tuberkulose in beiden Ovarien in 3 Fällen nachweisen, in denen keine Ovarialverwachsungen bestanden; in Fällen von Peritonäaltuberkulose mit Ovarialadhäsionen fehlte die Infektion des Ovarium. In jenen 3 Fällen war die Tuberkulose makroskopisch nicht erkannt; sie bestand in peripherisch gelegenen kleinen Knötchen, die sehr grosse Riesenzellen, sonst aber nur wenig Zellen enthielten, meist nicht verkäst, dagegen von einer Zone Bindegewebe umgeben waren, das auch in die Peripherie des Tuberkels eindrang. Mehrfach fanden sich gleichzeitig kleine Cysten in den Ovarien.

Primäre käsige Ovarialtuberkulosen hat W. nicht beobachtet. Ueber die etwaige Uebertragung der Tuberkulose von Mutter auf Kind ist er der Ansicht, dass eine Infektion des Eies durch Bacillen vom Ovarium aus möglich und eine Weiterentwicklung der Tuberkulose im befruchteten Ei denkbar sei, doch liegen beweisende Befunde dieser Art noch nicht vor.

Beneke (Braunschweig).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

56. Ueber den Einfluss der Schilddrüsensubstanz auf den Stoffwechsel (*mit Bemerkungen über die Anwendung dieser Substanz bei Fettleibigkeit*); von L. A. Glinzinski und Ig. Lemberger. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 4. 1897.)

Den Fällen von Fettleibigkeit mit normalem Stoffwechsel und normaler Oxydationkraft, in denen Fett durch Einführung abnormer Mengen Calorien in der Nahrung oder durch zu geringe physische Arbeit im Körper aufgespeichert wird, stehen die Fälle der erblichen Fettsucht, der Fettsucht bei sterilen Frauen, nach Ovariotomien, im Klimakterium, bei Männern nach Castration, bei Alkoholikern gegenüber. Die Ursache hierbei ist in einer Störung der Oxydation in den Protoplasmazellen anzunehmen, indem eine geringere Menge Calorien zur Arbeitleistung und zur Wärmeerzeugung verbraucht wird im Vergleich zu einem anderen Körper, so dass das Plus der eingeführten Calorien als Fett angehäuft wird. Die Schilddrüsensubstanz bewirkt die Entfettung ohne Beschränkung der Calorienzufuhr und nöthigt die Gewebezellen zur energischeren Funktion. Das Mittel wäre jedoch zweischneidig, wenn der Körper nicht nur einen Schwund des Fettgewebes erlitte, sondern auch entkräftet würde durch Zerfall von Eiweisssubstanzen, und zwar in erster Linie seiner Muskelsubstanz. Ausgeführte Untersuchungen von Scholz und Richter einerseits und Bleibtreu und Wendelstadt andererseits stehen dabei in einem Gegensatze.

In dem Versuche der Vff. wurde ein 28jähr. Mann mit mittelmässigem Panniculus adipos. beobachtet. Die Nahrungsmittel wurden in Bezug auf die Mengen Wasser, Stickstoff, Kohlehydrate, Fette u. s. w. genau untersucht. Es wurde eine möglichst gleiche Diät eingehalten (20 g N durchschnittlich pro die). In der 1. Periode wurde der Mann in das N-Gleichgewicht gebracht. Die N-Bilanz war positiv. In der 2. Periode wurden Schilddrüsentabletten gereicht. Die N-Bilanz war positiv, aber 3mal niedriger als vorher. Abnahme des Körpergewichts um 400 g. In der 3. Periode blieben die Tabletten weg, die positive N-Bilanz wurde wieder höher, das Gewicht nahm um 200 g zu. In der 4. Periode wurde rohe Kalbsschilddrüse gereicht (in einer den Tabletten entsprechenden Menge). Die N-Bilanz wurde negativ, das Körpergewicht nahm um 600 g ab. Auch in der Schlussperiode, in der die Schilddrüsensubstanz wegblieb, hielt die negative N-Bilanz an, das Gewicht sank um 1000 g.

Die Schilddrüsensubstanz übte auch bei Gesunden auf die Beschleunigung des Eiweisszerfalles Einfluss aus. Dieser Einfluss wuchs mit der Dauer der Tablettendarreichung. Bei der Bereitung der Tabletten erlitt die Wirkung der Schilddrüsensubstanz Einbusse, denn frische Schilddrüsensubstanz wirkte unvergleichlich energischer, verursachte schnellere Gewichtsabnahme. Es betheiligten sich also an diesem Zerfallsprocess auch die Eiweisskörper des Organismus.

Forstmann (Dresden).

57. Ueber den klinischen Werth des Tannalbin (Tannalbuminat Gottlieb); von Prof. H. Vierordt. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 25. 1896.)

V., der mit dem Tannigen bei längerer Anwendung nicht recht zufrieden war, hat von dem *Gottlieb*'schen Tannalbin (Jahrbb. CCL. p. 127) die allerbesten Erfolge gesehen. Das Mittel ist geschmacklos, für Jeden leicht zu nehmen, hat auch

in grossen Mengen keinerlei unangenehme Wirkungen und beseitigt Durchfälle der verschiedensten Art (auch die Durchfälle bei Darmtuberkulose) überraschend schnell und sicher. Man giebt 0.5 bis 1 g mehrmals täglich, kann, wenn das nöthig ist, schnell steigen und ohne Bedenken mehrere Tage hintereinander 10 g verabreichen.

Die Möglichkeit, mittels des Tannalbin dem Körper beträchtliche Mengen von Tannin einzuverleiben (eine gewisse Aufsaugung vom Darme aus findet jedenfalls statt, wie weit sie geht, lässt sich noch nicht sagen), legt den Gedanken nahe, das Mittel auch dann zu geben, wenn man nicht auf den Darm, sondern auf andere Theile adstringirend einwirken will. V. hat bei einigen Nierenkranken Versuche gemacht, deren Ergebniss durchaus ermuthigend war. Namentlich werden hier auch Erkrankungen der Harnwege in Frage kommen. Derartige Versuche sind unbedenklich; das Tannalbin schädigt den gesunden Magen und Darm nicht, namentlich bewirkt es keine zu starke Verstopfung. —

Wir können hier anfügen, dass auch K. Holzapfel aus der Strassburger med. Poliklinik sehr Günstiges über das Tannalbin, namentlich bei Kindern, berichtet (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 50. 1896). Er räth, Erwachsenen 1.0, grösseren Kindern 0.5—1.0, Säuglingen 0.25—0.5 am ersten Tage 3- oder 4mal in stündlichen Gaben, am zweiten Tage eben so oft über den Tag vertheilt zu geben. Mehr ist meist nicht nöthig.

Auch Dr. J. G. Rey in Aachen rühmt das Mittel (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897), das im Wechsel mit Calomel schwerkranken kleinen Kindern auch dann helfen soll, wenn keine ganz strenge Diät durchgeführt wird und das dem Tannigen entschieden überlegen ist.

Endlich ist Prof. G. Scognamiglia in Neapel zu erwähnen, der nicht nur bei Darm-, sondern auch bei Nierenkranken gute Erfolge vom Tannalbin gesehen hat (Wien. med. Blätter 2. 1897). Dippe.

58. **Ueber Pellotin**; von Dr. Alexander Pilcz. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 48. 1896.)

Das Pellotin ist von Jolly als Schlafmittel empfohlen. Es hat den grossen Vorzug, dass es ohne Gefahr unter die Haut gespritzt werden kann. P. hat es in dieser Art bei 58 Kr. der I. psychiatrischen Klinik zu Wien angewandt und ist mit seinen Erfolgen im Ganzen zufrieden. 0.02 g wirken unsicher; augenscheinlich kann man 0.04 2—3mal in kurzen Zwischenzeiten ohne Bedenken geben.

Dippe.

59. **Ueber die Veränderung des Digitalinum verum in seiner Wirksamkeit durch den Einfluss der Magenverdauung**; von Dr. P. Deucher. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 47. 1896.)

Bei Versuchen, die in der Berner med. Klinik mit dem Digitalinum verum Böhringer angestellt wurden, zeigte es sich, dass das Mittel, unter die Haut gespritzt, ganz auffallend stärker wirkte, als durch den Mund eingegeben. Es lag die Vermuthung nahe, dass das Digitalin durch den Magensaft geschädigt wird, und D. sah diese Vermuthung bei entsprechenden Versuchen an Fröschen bestätigt. Dippe.

60. **Airol**; von Dr. E. Fischer in Dortmund. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XX. p. 366. 1896.)

Airol ist Wismuthoxyjodidgallat, also ein Abkömmling des Dermatols. Von den guten Eigenschaften, die F. bei seiner Anwendung gefunden hat, wäre hervorzuheben, dass es wie Calomel eingestäubt oder in Salbenform eingerieben werden kann, und zwar bei Hornhautgeschwüren schon früher als die gelbe Salbe und ohne Rücksicht auf gleichzeitigen inneren Jodgebrauch. F. hat es auch als Streupulver statt des übelriechenden Jodoforms mit Erfolg bei Wunden gebraucht.

Lamhofer (Leipzig).

61. **Ueber Anwendung von Sozojodol-Präparaten bei der Behandlung von Augenkrankheiten**; von Dr. Benjamin Bjelilowsky. (Petersb. med. Wchnschr. XXII. 5. p. 35. 1897.)

B. empfiehlt sowohl für einfachen Katarrh und für Phlyktänen der Bindehaut, als auch für schwere Erkrankungen, wie Blennorrhöe, Trachom, für Entzündung und Wunden der Hornhaut u. s. w. die Anwendung von Sozojodol-Präparaten. Diese, und besonders das Queckeilbersalz, werden theils als Ausspülungsmittel, theils zu subconjunctivalen Injektionen gebraucht. Mehrere Krankengeschichten dienen zum Beweise der Wirksamkeit dieses Mittels.

Lamhofer (Leipzig).

62. **Weitere mit Europhenbehandlung gemachte Erfahrungen**; von Dr. Geyer. (Allg. med. Centr.-Ztg. Nr. 13. 1896.)

G. berichtet über die im Laufe des letzten Jahres in der Eichhoff'schen Klinik zu Elberfeld erzielten Erfolge mit der Europhenbehandlung, die vor nunmehr 5 Jahren von Eichhoff in die Praxis eingeführt wurde. Das Mittel kam nur noch in Pulverform, ausnahmeweise einmal als 1—2proc. Salbe zur Verwendung. In 14 Fällen von Ulcus molle wurde nach vorausgegangener Sublimatwaschung 3mal täglich Europhen in dünnster Schicht mittels Pinsels oder Gebläses aufgetragen. In 2—3 Tagen verschwand regelmässig die starke fötide Sekretion und es entwickelte sich eine gut granulirende Wundfläche; auch war eine Tiefenwirkung festzustellen. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 16 Tage. Syphilitische ulcerirte Primäraffekte, gummöse Ulcera, nässende und ulcerirte Papeln wurden ebenfalls durch das Europhen günstig beeinflusst und heilten theilweise vor Einleitung einer Quecksilber- oder Jodkaliumkur. Scrophuloderma von 5-Markstück- und Thalergrösse gelangte in 2 Fällen unter alleiniger Euro-

phenbehandlung in 23 und 14 Tagen zur Heilung. Von günstiger Wirkung zeigte sich ferner das Europhen in 2 Fällen von ausgedehntem Ulcus cruris.

Nie trat eine örtliche Reizung ein oder wurden Resorptionerscheinungen heobachtet. Das frische Pulver ist völlig geruchlos.

W e r m a n n (Dresden).

63. **Grundlinien der Hauttherapie mittels medikamentöser Seifen**; von Dr. G e o r g M ü l l e r. (Dermatol. Ztschr. III. 5—6. p. 549. 1896.)

Die Vorzüge der Seifenbehandlung von Hautkrankheiten gegenüber der Salben- und Pastenbehandlung bestehen in stärkerer und rascherer Oberflächen-, grösserer Tiefenwirkung, in der Auslösung leuko- und serotaktischer Vorgänge. Dazu kommt die Leichtigkeit, die Anwendung durch längere oder kürzere Einwirkung abstufen zu können. Die Mischbarkeit der Seifen mit Arzneistoffen ist im Wesentlichen eine unbegrenzte; doch können gewisse Arzneistoffe überhaupt nicht einverleiht werden; bei anderen wieder besteht eine grosse Schwierigkeit, sie unzersetzt in der Mischung zu erhalten; auch hat die Seife selbst nicht eine so grosse Haltbarkeit wie sie die Wollfette oder das Vaselin haben. Der Hauptfehler, der der Stückseifenbehandlung anhaftet, ist deren fahrikmässige Herstellung; dadurch besteht ein ungenügender Schutz vor falschen Angaben über die Zusammensetzung der Seife, ferner aber halten sich bei längerem Lagern die Seifen nicht, insbesondere gilt dies von den überfetteten Seifen. Die Stückseife hat ausserdem den Nachtheil, sich, selbst wenn sie ganz frisch und deshalb in tadellosem Zustande zur Verwendung gelangte, während des Gebrauches durch die wiederholte Anfeuchtung und nachfolgende Austrocknnng mehr oder weniger zu zersetzen. Anders steht es mit der weichen Kaliseife, die beliebige Mischnngen gestattet, rasch hergestellt und in jeder Menge abgegeben werden kann. Unter Betonung der Prioritätrechte von A u s p i t z, U n n a, B u z z i, welch' letzterer die flüssigen Seifen gegenüber den weichen Salbenseifen zu sehr bevorzugte, unternahm es M., von G r u h e eine neue Seifengrundlage herstellen zu lassen, das Savonal. Durch Zusetzen von Alkalien (kohlensaures Kalium, Thyrein) oder freiem Fett (Lanolin) lässt sich diese Seife in ihrer Wirkung steigern oder mildern; im Allgemeinen erscheint aber eine solche Modifikation nicht nöthig. Zur Herstellung dieser weichen Grundseife wird Olivenöl mit bestimmten Mengen von Kalilauge und Weingeist auf kaltem Wege durch Schütteln zur völligen Verseifung gebracht; von der entstandenen klaren Flüssigkeit wird ein Theil entnommen und aus diesem werden die Fettsäuren bei Eiskühlung durch stark verdünnte Salzsäure abgeschieden; mit diesen wird wiederum die alkalische Mutterflüssigkeit versetzt, bez. neutralisirt. Die Erlangung der ganz reinen Fettsäure ist dabei von grossem Werthe. Die neutrale Seifenlösung wird alsdann zu weicher Salbenconsistenz eingedampft. Die gewonnene Seife ist hellgrün, dnrchscheinend, riecht angenehm nach Olivenöl, löst sich klar in Weingeist, Wasser nnd Glycerin, schäumt gut mit Wasser, mischt sich vorzüglich mit Fetten und den verschiedensten Arzneikörpern. Sie enthält ausser den Kalinmverhindungen der Fettsäuren, des Olivenöls einen Theil des bei der Verseifung entstandenen Glycerins und wenige Procente Wasser. Eine flüssige Grundseife wird gewonnen, indem der neutralen Seifenlösung ein geringer Procentsatz Glycerin nnd eine bestimmte Menge destillirten Wassers zugesetzt wird; hierauf erfolgt die Eindampfung zur Consistenz eines dünnen Syrups von 1050—1055 spec. Gewicht.

Diese so gewonnene Grundseife erscheint nach $1^{1}/_{2}$jähr. Prüfung mit den Wollfetten und dem Vaselin gleichwerthig; sie ist absolnt rein und neutral; gegenüber dem „Mollin" und U n n a's „sapo unguinosus" ist sie völlig frei von überschüssigem Fett nnd daher haltbarer. Die Mischungsmöglichkeit mit Arzneikörpern ist unbegrenzt; lösliche werden vor der Mischung in Glycerin oder Wasser in Lösung gebracht. Die flüssige Form wurde nur bei der Behandlung behaarter Hautstellen benutzt. Bei den verschiedensten Hanterkrankungen waren nun verschiedene Zusammensetzungen sehr wirksam, für die sich in der Praxis gewisse Formeln als rationell erwiesen. Als antimycotisch wirksame Seifen empfiehlt M. das Salolsavonal (5—10proc.) hei Tylosis, Psoriasis; Carbolsavonal (5proc.) bei Prurigo, Pruritus; $^{1}/_{4}$—2proc. Cresolsavonal bei Pityriasis versicolor, Herpes tonsurans; Sozojodolsavonal bei Rhagaden; Naphtholsavonal ($^{1}/_{1}$—5proc.) bei Akne, Seborrhöe, Pityriasis versicolor, Prurigo, Pruritus, (5—10proc. mit 20—40% Schwefel) bei Acne rosacea, Lnpus erythematosus. Eine sehr gute Scabiessalbe für dis bessere Praxis war:

Rp. Naphthol . . 5.0
Sulf.
Vas. flav. ana . 30.0
Savonal. . . 35.0
M. f. ungt.

Zur Nachbehandlung von Kopfekzemen, Seborrhöe mit Haarausfall diente allein oder mit Ichthyol und Thiolsavonal:

Rp. Chinin. dihydrochlor.
Aq. dest.
Glycerin ana . 5.0
Savonal. fluid. 85.0

$^{1}/_{2}$—1proc. Snhlimatsavonal ist nur relativ kurze Zeit haltbar, da sich hald Calomel abscheidet; Jodoformsavonal (5—20proc.) ist bei torpiden Ulcera cruris, Perubalsamsavonal (10proc.) bei Scabies anzuwenden. Als reducirend wirkendes Mittel empfiehlt M. Resorcinsavonal.

1) Flüssig Rp. Resorcin.
Aq. dest. ana . . 5.0
Adip. lan. c. aqu. 2.0
Savonal. fluid. . 88.0

2) Weich Rp. Resorcin
Aq. dest. ana . . 5.0
Adip. lan. . . . 3.0
Savonal . . . 87.0

bei seborrhoischem Ekzem der Kopfhaut, Acne rosacea; Ichthyolsavonal (5—20proc.); Pyrogallolsavonal; Chrysarohinsavonal.

Rp. Chrysarobin
Adip. lan. ana . 10.0
Savonal . . . 80.0

wirkte vorzüglich bei Psoriasis, Mycosen und chronischen Ekzemen; grössere Mengen müssen rasch verbraucht werden. 5—10—20proc. Theersavonal bei Ekzem, Lichen ruber, Herpes tonsurans, Ichthyosis, Prurigo. Thiosavonal, den Schwefel in wasserlöslicher Form enthaltend, ist für die Behandlung behaarter Hautstellen geeignet, besonders in Verbindung mit 10—20% Ol. Rusci. Bei Intertrigo sehr geeignet erschien das Tanninsavonal in flüssiger oder weicher Form:

Rp. Tannin 5.0
Glycerin 10.0
Savonal s. Savonal fluid. 85.0

Quecksilbersavonal führte immer eine stärkere Reizung der Haut herbei; vielleicht empfiehlt sich das Calomelsavonal mit 20% Ueberfettzusatz zu Inunktionkuren, wenn diese unerkannt bleiben sollen. Als Einreihungen erschienen zweckmässig Belladonnaextraktsavonal (5—10proc.), Camphorsavonal (10—20proc.), Jodjodkaliumsavonal:

Rp. Jodi puri . . 0.5—1.0
Kal. jod. . . 5.0
Savonal ad . 50.0

bei Epididymitis, gonorrhoischem Gelenkrheumatismus; ferner Terpentinsavonal (5—10proc.), Mentholsavonal (1—5proc.) mit 2—5% Ueberfett bei empfindlicher Haut. Als mechanisch wirkende Beimengung wurde pulverisirter Marmor dem Savonal zugefügt; endlich wurde auch ein Savonalspiritus angefertigt.

Eine gute Toilettenseife, die neutral ist und auch beim Gebrauch durch 10% Lanolingehalt neutral erhalten wird, fabricirte nach M.'s Angaben die Firma *Jünger & Gebhardt.* Diese milde Seife kann selbst bei kranker Haut zur Reinigung dienen.

Wermann (Dresden).

64. **Traitement de l'intertrigo pour l'acide chromique**; par M. Brault. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 4. p. 651. 1896.)

Der Nutzen der Chromsäurebehandlung beim Schweissfuss legte den Gedanken nahe, die gleiche Behandlung auch bei den durch Schweisssekretion verursachten Hauterkrankungen zu versuchen. Bestanden stärkere Reizungserscheinungen, so wurden zuerst leichte antiseptische feuchte Umschläge angewendet, alsdann wurde eine 3proc. Chromsäure-Lösung aufgetragen, bei empfindlicher Haut eine schwächere Lösung. Hierauf wurde ein indifferenter Puder aufgepudert. Die Applikation erfolgte aller 3—4 Tage, der Erfolg war gut. 1- oder 2mal machte sich die Wiederholung des Verfahrens nöthig. Wermann (Dresden).

65. **Die Dosirung der Inhalationsanästhetica.** *Ein Beitrag zur Arzneiverordnung;* von H. Dreser. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 4 u. 5. p. 375. 1896.) Autorreferat.

D. hebt einleitend aus den Thierexperimenten P. Bert's hervor, dass die Schnelligkeit des Eintritts der Betäubung, ihre Tiefe und die Frist, binnen deren bei fortgesetzter Einathmung der Tod erfolgt, keineswegs von der überhaupt geathmeten Gewichtsmenge des flüchtigen Betäubungsmittels (Aether oder Chloroform) abhängt, sondern vielmehr lediglich *an den Procentgehalt der anästhesirenden Dämpfe in der Einathmungsluft* gebunden ist. So berechnet D., dass selbst bei der „Tropfmethode" so viel Chloroform auf die Maske gegossen wird, dass der Kranke, wenn er mit seiner Einathmungsluft wirklich die gesammte aufgegossene Chloroformmenge bekäme, in etwas mehr als 3 Minuten sterben müsste. Bei manchen Arten von Aethermasken besteht ausser der Gefahr der Ueberdosirung, auch noch die Gefahr der Sauerstoffverarmung; danach leuchten die an ein *rationelles Narkoseverfahren* zu stellenden Ansprüche von selbst ein: 1) Die Ausathmungsluft und Einathmungsluft müssen prompt von einander in der Maske geschieden werden. 2) Ein vorher fertig gestelltes „dosirtes" Gemisch der Dämpfe des Anästheticum mit Luft muss dem Kr. als Einathmungsluft durch die Maske zugeleitet werden.

Für die prompte Trennung von aus- und eingeathmeter Luft in der Maske construirte sich D. ein besonderes, leicht spielendes, trocknes Ventil, dessen nähere Beschreibung im Original einzusehen ist, desgleichen auch diejenige des Apparates für Herstellung dosirter Gemische von Luft und anästhesirenden Dämpfen. Die Herstellung eines „dosirten" Gemisches erfordert folgende 4 Operationen: I. Abmessung der Luft, II. Abmessung des flüchtigen Betäubungsmittels, III. Verdampfung des letzteren, IV. gleichmässige Mischung der Dämpfe mit Luft. Es werden die verschiedenen, dosirten Gemische stets in Portionen auf je 10 Liter Luft hergestellt, und zwar vollziehen sich alle 4 Operationen von selbst in derselben und auch wechselnden Geschwindigkeit, mit der sich der je 10 Liter Luft austreibende Gasometercylinder senkt. Ausserdem lässt sich durch leicht zu ändernde Einstellung des Apparates während der Narkose nach Bedarf die Stärke des dosirten Gemisches ändern. D. hat sein Narkoseverfahren an ca. 40 Kranken von Trendelenburg in der chirurgischen Klinik zu Bonn geprüft.

66. **Ueber die Wirkung der Chlormethylate einiger Azote auf Athmung und Kreislauf**; von H. Tappeiner. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 4 u. 5. p. 325. 1896.)

Am eingehendsten untersuchte T. das Methylphenylisoxazolchlormethylat pharmakologisch; die Strukturformel lautet:

```
          O
        /   \
CH3—C        N<Cl
     ‖       ‖  CH3
H—C    —    C—C6H5
```

Nach intravenöser Injektion kleiner Mengen (1—2 mg) dieses krystallisirten Salzes zeigen Athmung, Herz und Blutdruck bei Kaninchen Veränderungen, die ganz analog denjenigen sind, die man bei der Einathmung reizender Dämpfe (Aether, Chloroform, Tabakrauch u. s. w.) als reflektorische Reizeffekte der Schleimhaut der Nase gewahrt. Sie bestehen in vorübergehenden Stillständen der Athmung, vorübergehender Pulsverlangsamung, desgleichen Blutdrucksteigerung. Vagusdurchschneidung und andere Modifikationen der Versuche führten zu dem Resultate, dass das *Methylphenylisoxazolchlormethylat nebeneinander erregt:* das *Vaguscentrum*, das *Gefässcentrum* und das *„Exspirationscentrum“* mit Verschluss der Stimmritze.

Wie bei den die Nasenschleimhaut reizenden Dämpfen dieselben reflektorischen Wirkungen sowohl durch vorgängige lokale Cocainisirung, als auch durch intravenöse Cocaininjektion vollständig hintangehalten werden können, ebenso werden auch die Wirkungen der intravenösen Injektionen des Isoxazolderivates hierdurch unterdrückt. Jedoch besitzt nur dieses mit Chlormethyl verbundene Isoxazolderivat in seiner Eigenschaft als Ammoniumbase diese Wirkung. Aehnlich wie dieses wirkt nuch noch das Chlormethylat des Diphenylmethylpyrazols auf Athmung und Kreislauf.

H. Dreeer (Göttingen).

67. **Beiträge zur Kenntniss der Filixsäuregruppe**; von R. Boehm. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 35. 1896.)

Zur erfolgreichen Abtrennung der grossen Mengen (ca. 85%) fetten Oeles und Chlorophylls im officinellen ätherischen Filixextrakt von den specifischen, wirksamen Bestandtheilen, werden letztere als Magnesiumverbindungen in wässerige Lösung übergeführt; aus dieser klar filtrirten Lösung werden die wirksamen neben den unwirksamen Substanzen durch verdünnte Schwefelsäure als ein von B. mit dem Namen „Rohfilicin“ bezeichnetes Gemenge gefällt. Das getrocknete „Rohfilicin“ wird mit Aether gerade zur Lösung gebracht und wieder krystallisiren gelassen; die abgesaugten und getrockneten Krystalle werden aus kochendem Alkohol umkrystallisirt; etwa vorhandene Filixsäure bleibt hierbei ungelöst, lässt sich aber aus heissem Essigäther rein krystallisiren. Die grösste Menge (2—3%) des Extraktes ist keine Filixsäure, sondern eine bisher übersehene, von B. als *„Aspidin“* bezeichnete Substanz, leicht löslich in kochendem Alkohol, beim Erkalten daraus krystallisirend (Schmelzpunkt 124.5° C.); $C_{22}H_{29}(OCH_3)O_6$ zusammengesetzt. Bei Warmblütern wirkt es nur in das Blut injicirt giftig, Frösche sterben schon nach wenigen Milligrammen unter Lähmung des Centralnervensystems und des Herzens.

Die weingeistigen Mutterlaugen von den Aspidinkrystallisationen lassen nach dem Einengen eine als „Albaspidin“ (Schmelzpunkt 148° C.) bezeichnete Substanz auskrystallisiren; sie kam zu nur etwa 0.3% im Extrakt vor, Zusammensetzung: $C_{22}H_{28}O_7$; pharmakologisch wirksam wie Filixsäure (allgemeine Lähmung ohne Krämpfe bei Fröschen und Herzstillstand).

Die Mutterlauge des Albaspidins hinterlässt nach Verjagen des Alkohols ein rothes Harz, das in Aether oder leicht siedendem Petroläther gelöst wird und mit Natriumbicarbonatlösung geschüttelt wird, bis letztere sich nur noch schwach röthlichgelb färbt; es gelang B., noch 3 Körper zu isoliren, darunter die nur wenig wirksame *Flavaspidsäure*, 1% des Extrakts ausmachend, Schmelzpunkt 157—159° C. Da ihre Alkalisalze in Aether leicht löslich sind, lässt sich die Flavaspidsäure von dem pharmakologisch unwirksamen *Aspidinol* [$C_{11}H_{13}(O.CH_3)O_3$] dadurch trennen, dass man die Natriumbicarbonatlösung, die die Na-Verbindung beider Körper enthält, mit Aether schüttelt, der nur flavaspidsaures Natrium aufnimmt. Beim Schütteln der Petrolätherauflösung des Harzes mit Natriumbicarbonatlösung war das stark giftige, aber nur in sehr geringer Menge anwesende, krystallisirbare, bei 110° C. schmelzende *Aspidinin* im Petroläther zurückgeblieben.

Hervorzuheben ist, dass *Aspidin* und *Aspidinin erheblich giftiger als Filixsäure sind.*

Bei dem chemischen Abbau des Filicins, Aspidins und der Flavaspidsäure ergab sich, dass alle diese Körper Isobuttersäure, Phloroglucin, bez. Homologe desselben enthielten, die höchstwahrscheinlich mit Filicinsäure $C_{11}H_{14}O_4$ verbunden sind; sie enthält eine Carboxylgruppe (—CO_2H) und 2 Hydroxylgruppen (—OH) und liefert, mit Kaliumpermanganat oxydirt, zu 35% Dimethylmalonsäure. An Thieren war die Filicinsäure nicht wirksam.

H. Dreeer (Göttingen).

68. **Ueber die Einwirkung von Giften auf die Eiweisskörper des Muskelplasmas und ihre Beziehung zur Muskelstarre**; von Dr. O. von Fürth. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 6. p. 389. 1896.)

Folgenden Substanzen kommt das Vermögen zu, die Umwandlung des Myogens in das geronnene Myogenfibrin in auffallender Weise oder doch merklich zu fördern: Calciumchlorid, Baryumchlorid, Calcium - Strontium - Baryumnitrat, Ammoniumnitrat, Magnesiumnitrat, Ammoniumchlorid, Magnesiumchlorid, Rhodannatrium und -kalium, salicylsaures Natron, Anilinsulphat, Coffein, coffeinsulphosaures Natron, salicylsaures Theobromin-Natrium

Antipyrin, Cinchonin, Kairin, Cocain, Veratrin, Chinin, Chinolin, Strychnin, Morphin, monobromessigsaures Natron.

Das Blutserum besitzt die Eigenschaft, die Gerinnung der Muskeleiweisskörper zu hemmen; es wirkt auch den vorgenannten gerinnungbeschleunigenden Substanzen entgegen; besonders kommt diese hemmende Eigenschaft dem Serumglobulin zu.

Substanzen, die im künstlichen Durchblutungsversuch den lebenden Muskel zur Gerinnung bringen, giebt es nur wenige; diese sind: Coffein, Chloroform, Monobromessigsäure, Chinin, Antipyrin und Cinchoninsulphat.

Je nach den Bedingungen, unter denen Starre des Muskels auftreten kann, unterscheidet v. F. eine Arbeitsstarre, eine toxische Starre, Coagulationstarre, Wasserstarre und Todten- (oder Zeit-) starre. Die näheren Beziehungen dieser verschiedenen, sicher nicht scharf zu trennenden Formen zu einander sind aber erst noch näher zu erforschen.

H. Dreser (Göttingen).

69. **Ueber die Bedingungen des Auftretens der Glykosurie nach der Kohlenoxydvergiftung**; von Walther Straub. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 139. 1896.)

Von einem früheren Untersucher der Frage, Senff, war bereits festgestellt worden, dass der Kohlenoxyddiabetes im Hungerzustande ausblieb. Regelmässig trat Diabetes ein bei Hunden, die vor der Kohlenoxydvergiftung mit Fleisch reichlich gefüttert waren. Nach Fütterung mit Brot hätte man in Analogie mit dem Diabetes mellitus annehmen können, dass vermehrte Kohlehydratzufuhr auch vermehrte Glykosurie zur Folge haben würde. Indessen ergaben die Experimente die überraschende Thatsache, dass bei *überwiegender Kohlehydratzufuhr bei der CO-Vergiftung kein Zucker in den Harn übergeht*, selbst nicht, wenn statt Brot direkt Traubenzucker oder Stärke verfüttert wurde, bei Fleischfütterung war aber die Glykosurie an demselben Thier wieder leicht zu erzeugen. Verfütterter Milchzucker wird unter dem Einflusse der Kohlenoxydvergiftung *nicht* ausgeschieden.

Es bleibt sonach keine andere Möglichkeit, als dass der ausgeschiedene Zucker aus dem verfütterten Fleisch entstanden war, denn die Verfütterung der Extraktivstoffe des Fleisches war nicht im Stande nach CO-Vergiftung Glykosurie zu veranlassen.

Bei Fütterung von reinem (Eier-) Eiweiss und ebenso von Leim, ging Zucker in den Harn über.

H. Dreser (Göttingen).

70. **Ein Beitrag zur Kenntniss der akuten Schwefelkohlenstoff-Vergiftung**; von Dr. Karl Pichler. (Arbeiten aus d. med. Klinik des Prof. v. Jaksch. Berlin 1897. Fischer's med. Buchh. p. 9.)

Die akute Schwefelkohlenstoffvergiftung wird ziemlich selten beobachtet. Im vorliegenden Falle waren etwa 50 ccm CS_2, mit H_2S verunreinigt, getrunken worden. Es trat anfangs Benommenheit auf, ferner Reizung der Conjunctiva, Speichelfluss, Reizung der Magen- und Harnröhrenschleimhaut. Der Urin enthielt Aceton und Acetessigsäure. Der Kr. wurde wieder hergestellt.

V. Lehmann (Berlin).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

71. **Ueber verschiedene Augenmuskelstörungen.** (Vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 22.)

In Nothnagel's Handbuche haben Leyden und Goldscheider ein Capitel über nucleare Ophthalmoplegie als einen Abschnitt der Lehre von den Erkrankungen der Medulla oblongata geschrieben (X. Band, 2. Theil, 2. Abtheilung; 34 Seiten). Nach anatomischen Vorbemerkungen folgen 1) die chronische, 2) die akute Ophthalmoplegie. Bei der Darstellung der Vff. zeigt es sich recht deutlich, wie mit der Vernachlässigung der ätiologischen Auffassung Klarheit sich nicht vereinigen lässt. Nach Westphal's Vorgange sehen die Vff. die chronische Ophthalmoplegie als ein Ens an; man könnte in dieser ontologischen Art auch eine Abhandlung über die Krankheit Ataxie schreiben und darin sagen, die Ataxie findet sich in den meisten Fällen neben Symptomen der Tabes, doch tritt sie gelegentlich auch neben multipler Sklerose, neben Polyneuritis und anderen Erkrankungen auf. Das Syndrom nemlich, von dem Westphal sprach, ist nichts als eine Theilerscheinung der Tabes. Hier und da erkrankt die Kerngegend auch bei multipler Sklerose u. s. w. Eine selbständige Stellung nehmen nur die Fälle ein, die die Vff. als „stationäre Ophthalmoplegie“ bei Seite stellen und die sich mit den vom *Ref.* als infantiler Kernschwund zusammengefassten decken; über sie sagen die Vff. so gut wie Nichts.

Als akute Ophthalmoplegie bezeichnen die Vff. die hämorrhagische Encephalitis der Kerngegend. Auch dieses Syndrom ist nicht, wie die Vff. nach Wernicke annehmen, eine Krankheit. Die Mehrzahl der Fälle ist allerdings einheitlicher Art: die Augenmuskellähmungen der Säufer. Ausserdem kommt aber das Syndrom bei ganz anderen Zuständen gelegentlich vor, nach Influenza u. s. w.

Ziemlich kurz werden die peripherischen Ophthalmoplegien besprochen. Nach Auffassung der Vff. ist eine tabische Augenmuskellähmung etwas ganz Anderes, wenn nur der peripherische Nerv erkrankt ist, als wenn auch ein Theil der Kernzellen zu Grunde gegangen ist.

In einer Art von Anhang wird auf 7 Seiten die wiederkehrende Oculomotoriuslähmung abgehandelt. Die Vff. schliessen sich in der Hauptsache der Auffassung Senator's an. Eigenes bringen sie gar nicht bei.

Panas berichtete der Pariser Akademie der Medicin über eine Beobachtung Gourfein's in Genf (Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVI. 47. p. 749. 1896). Es handelte sich nm doppelseitige angeborene Ophthalmoplegia exterior bei einer Frau, ihrem Sohne und den 4 Söhnen des Letzteren (2 Mädchen waren gesund). Ptosis und Unbeweglichkeit der Augäpfel, „nystagmus rotatoire", „aplatissement des arcades sourcilières" waren bei allen Patienten vorhanden. Ausserdem bei einigen Amblyopie, Fehler der Refraktion, starke physiologische Excavation. Gourfein sei der Ansicht, es bestehe bei seinen Patienten eine besondere Form erblichen Muskelschwundes.

Später ist die Arbeit Gourfein's in der Revue méd. de la Suisse rom. (XVI. 12. p. 673. 1896) erschienen. Sie ist hier von einem Bilde begleitet, anf dem die 5 männlichen Glieder der Familie mit ihrer Ptosis eine wunderliche Wirkung machen, während die Mutter mit den beiden Mädchen helle Augen hat. Am jüngsten Knaben hat G. die Ophthalmoplegie mit Nystagmus unmittelbar nach der Gebnrt gesehen. Er will eine primäre Muskelkrankheit annehmen.

H. Friedenwald (Notes on congenital motor defects of the eyeballs. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 68. 69. 1896) hat früher einige Fälle von angeborener Externuslähmung beobachtet, er schildert jetzt ein Fehlen der Seitwärtsbewegungen auf beiden Augen.

Der 19jähr. Pat. klagte über Schwäche des linken Auges. Anfänglich konnte gar keine Seitwärtsbewegung der Augäpfel nachgewiesen werden, erst nach längeren Bemühungen gelang es, eine geringe und rasch erlahmende Innendrehung hervorzurufen, rechts etwas mehr als links. Die Convergenz war auch sehr mangelhaft und bestand in der Hauptsache in einer Einwärtsbewegung des rechten Auges. Beim Geradeaussehen bestand binoculäre Vision. Das linke Auge war schwachsichtig.

Facialislähmung bestand nicht. Die einzige Störung ausser der Augenlähmung war eine stockende Sprache.

Fr. neigt sich der Auffassung Kunn's zu und spricht daher nicht von Lähmung, sondern von „angeborenen Beweglichkeitsdefekten der Augen".

C. S. Leohner (Ein Fall von angeborener einseitiger Abduktionsunfähigkeit des Auges. Mon.-Bl. f. klin. Augenhkde. XXXV. 3. p. 81. 1897) beschreibt einen 15jähr. Knaben, dessen linkes geradeaus sehendes Auge von Geburt an nicht nach aussen gedreht werden konnte. Latente Insufficienz der Convergenz. Vf. vermuthet, der Externus sei durch einen bindegewebigen Strang ersetzt, der sowohl die Contraktur des Internns verhindere, als die Insufficienz der Convergenz bewirke.

Eudoxius Procopovici (Ueber angeborene beiderseitige Abducens- und Facialislähmung. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 1. p. 34. 1896) machte bei E. Fnchs folgende Beobachtung.

Ein $7^1/_2$jähr. Mädchen ans gesunder Familie war nach 7monatiger Schwangerschaft der Mutter, während deren diese schweren Kummer erduldet hatte, ohne Kunsthülfe geboren worden. Von der Geburt an hatte die Lähmung der Gesichtsmuskeln bestanden.

Das Kind war rhachitisch. An beiden Augen Epicanthus. Die Gesichtsmuskeln waren alle gelähmt bis auf die des Nasenflügels, des Mnndwinkels und des Kinnes rechts. Die Zähne waren schlecht gebildet und cariös. Die ganze linke Hälfte des Gesichtskelettes war etwas atrophisch.

Die Augen waren nach innen gedreht. Die Externi waren gar nicht nachznweisen; die Interni waren beim Seitwärtssehen thätig, der linke jedech nur wenig. Das linke Ange war auch etwas nach eben abgewichen.

Es hestand Astigmatismus mit etwas Hypermetropie, im Uebrigen ergab die Untersuchung der Augen nichts Besonderes. Die Thränen-Absonderung war nicht vermindert.

Vf. nimmt an, dass bei der angeborenen Abdncens-Facialis-Lähmung eine Schädigung des Abducens-, bez. Facialis-Kernes bestehe, und dass es von der Ausdehnung dieser Schädigung abhänge, ob nur die Auswärtswendung der Augen, oder die Seitwärtswendnng überhaupt, bei erhaltener Convergenz, verloren gehe.

Aus dem Umstande, dass das Kind weinen konnte, will der Vf. schliessen, dass vom Kerne des Facialis keine Nervenfasern zur Thränendrüse ziehen.

Nebenher berichtet Vf. von einem 18jähr., im Uebrigen gesunden Manne, bei dem in Fuchs Klinik eine seit der Geburt bestehende isolirte Lähmung beider Orbiculares oculi und frontales gefunden wurde.

[In einem von Prof. M. Straub (Aangeboren dubbelzijdige verlaming van de zijdelingsche beweging der oogen. Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. I. 6. blz. 209. 1897) mitgetheilten Falle fehlte bei einem 25 J. alten Manne die Fähigkeit, die Augen nacb rechts und links zn bewegen, so dass Pat. den Kopf drehen musste, wenn er nach rechts oder nach links blicken wollte. Dieser Zustand hatte bereits in der Kindheit bestanden und war jedenfalls angeboren. Die Convergenz der Augen war erhalten, im Ruhestande standen die Augen etwas hervor. Der entfernteste Punkt der Convergenz lag in einem Abstande ven 1.75 m, der nächste in einem Abstande von 30 cm, erst wenn der zu fixirende Punkt im Abstande von 30 cm stand, war das binoculare Sehen aufgehoben. Die Pupillen verengten aich bei der Convergenz und reagirten stark gegen Licht. Die Bewegung gerade nach oben und unten war erhalten. Es bestanden leichte Ptosis beiderseits und eine leichte Refraktionanemalie, aber die Accommodatien war gut und eine Störung des Gesichtsfeldes bestand nicht. Walter Berger (Leipzig).]

M. F. Coomes (Congenital ptosis; the operation devised by Panas for relief modified. Amer. Pract. and News XXII. 12. p. 425. 1896) berichtet über die Operation bei einseitiger Ptosis eines 6jähr. Mädchens. Das Kind war hydrocephalisch geboren und vor der Geburt des Kopfes war dieser pnnktirt worden, ehe die Zange angelegt wnrde. Der Zangenlöffel hatte über der Augenbraue eine Wunde verursacht und so wahrscheinlich die Ptosis hervorgerufen.

P. Silex (Ueber progressive Levatorlähmung Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 1. p. 20. 1896) hat 2mal bei alten Frauen langsam entstandene, isolirte Ptosis gesehen.

Bei der einen Pat., einer 62jähr. Frau, waren die Lider seit 4 Jahren herabgesunken und die Lidspalte war nur 3, bez. 4 mm weit trotz der Anstrengung des Stirnmuskels, so dass die Kr. eine Operatien verlangte. S. führte diese aus und schnitt dabei ein Stück aus dem Levator heraus. Dem blossen Auge schien der Muskel nermal an sein; mikroskopisch aber zeigte sich ein an

die Dystrophie erinnerndes Bild. Die Muskelfasern waren durch Binde- und Fett-Gewebe aus einander geschoben, sie entbehrten zum Theil der Querstreifung, waren zum Theil feinkörnig degenerirt und der Durchschnitt maass 6—110 μ; die Kerne waren vermehrt.

S. untersuchte des Vergleiches halber normale Levatores; hier waren die Muskelfasern an einander gelagert, deutlich quergestreift, ihr Durchmesser betrug 10—20 μ (18jähr. Mädchen), 15—30 μ (40jähr. Mann), 7—15 μ (75jähr. Mann). S. nimmt an, es handle sich bei der isolirten Ptosis alter Leute um primären Muskelschwund und er möchte jene zur progressiven Dystrophie rechnen.

Ref. sah bei einer 70jähr., im Uebrigen ganz gesunden Frau rechtseitige Ptosis entstehen. Nach einigen Jahren blieb das rechte Auge dauerd verschlossen. Als die Frau mit 86 Jahren starb, war die Ptosis unverändert; bei der *Sektion* durfte der Kopf nicht berührt werden.

Gegen die Verknüpfung der isolirten Ptosis mit dem juvenilen Muskelschwunde muss sich *Ref.* aus klinischen Gründen erklären, dann jene ist doch offenbar ein seniler Vorgang.

G. Kljatschkin in Moskau (Ein Fall von periodisch wiederkehrender Oculomotorinslähmung. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5. 1897) theilt eine Beobachtung zweifelhafter Art mit. Er ist selbst der Meinung, dass in seinem Falle Migräne und Augenlähmung Symptome der Malaria gewesen seien.

Ein 15jähr. Mädchen litt seit Jahren an Malaria und an Migräne. Vor 2 Wochen war nach 1tägigem linkseitigen Kopfschmerze das linke Lid herabgesunken. Der Vf. fand einige Tage später Lähmung des linken Oculomotorins, geringe Anästhesie im Bereiche des linken 1. Trigeminusastes, Milzschwellung. Die Kr. klagte über Schmerzen in der linken Schläfe, Schwindel, Schwäche. Nach einigen Wochen verschwand die Lähmung.

2 Monate nach dem 1. Anfalle, nachdem wieder Malaria-Anfälle aufgetreten waren, kehrte die Lähmung zurück. Die Mutter gab gleich Chinin und schon am 3. Tage öffnete sich das Auge wieder, war nach weiteren 3 Tagen ganz normal.

4 Monate nach dem 1. Anfalle, nach gehäuften Malaria-Anfällen, zum 3. Male Oculomotoriuslähmung und wieder rasche Besserung bei Chininbehandlung.

Die Kr. wechselte dann den Wohnsitz und blieb bis auf Weiteres gesund.

J. P. Karplus (Ueber asthenische Ophthalmoplegie. Wien. Jahrbh. f. Psych. XV. 2 u. 3. p. 330. 1897) beobachtete doppelseitige äussere Ophthalmoplegie, die, da sie von der Ermüdung abhängig und zu verschiedenen Zeiten verschieden stark war, an die bei der sogen. asthenischen Bulbärparalyse vorhandene Muskelschwäche erinnerte.

Die 24jähr. Kr. stammte aus einer im Wesentlichen gesunden Familie. In ihrem 6. Jahre war die Ptosie zuerst des rechten und dann auch des linken Lides bemerkt worden. Arlt hatte gefunden, dass sich auch die Augäpfel nicht recht bewegten. Nach 1 Jahre schien die Ptosis zu verschwinden, die Mutter bemerkte, dass, wenn das Kind länger als gewöhnlich wach blieb, die Lider herabsanken, und mehrmals im Jahre kehrte die Ptosis für Wochen zurück. Bei Anstrengung der Augen waren gelegentlich Doppelbilder aufgetreten. Zwischen den Zeiten der Ptosis war die Kr. durch ihre grossen Augen und ihren starren Blick aufgefallen.

Im Mai 1894 war die Kr. zum ersten Male entbunden worden. Im Herbste begann sie über Parästhesien und Schwäche der Glieder zu klagen, besonders über rasch eintretende Ermüdung.

Im December 1894 konnte der Vf. die Kr. zuerst untersuchen. Er fand Ophthalmoplegia exterior beiderseits (nur eine geringe Drehung der Augäpfel nach unten war möglich), Lähmung des oberen Facialis-Gebietes, Schwäche der Arme, sonst nichts Wesentliches. Eigentlich bulbäre Erscheinungen wurden niemals beobachtet, nur 1mal wollte die Kr. rasch vorübergehende Kau-Schwäche bemerkt haben.

Die Glieder-Beschwerden schwanden rasch und im Frühjahre 1895 ging auch die Ptosis zurück. Als der Vf. die Kr. im April nach einem Influenza-Anfalle untersuchte, war die Ptosis nur rechts angedeutet, die Stirn konnte gerunzelt, die Lider konnten ganz geschlossen werden, die Bewegungen der Augäpfel waren nach allen Richtungen hin möglich, wenn auch nicht bis zu den Endstellungen.

In der Folge wechselte der Zustand noch mehrmals. Vf. konnte besonders den verschlimmernden Einfluss der Ermüdung nachweisen. Wurden viele Augendrehungen nach einer Richtung gemacht, so nahm allmählich die Grösse der Bewegung ab und mit der Zeit traten nystagmusartige Zuckungen ein. Die immer vollkommen normal reagirende Iris dagegen liess sich nicht ermüden, nach der 50. Beleuchtung zog sie sich so rasch und so kräftig zusammen wie nach der ersten.

Der Vf. weist daraufhin, dass auch in einem Theile der Fälle „asthenischer Bulbärparalyse“ Augenlähmungen ähnlicher Art beobachtet worden sind (von Erb, Eisenlohr, Goldflam u. A.), dass andererseits in manchen Fällen von „Ophthalmoplegie“ das Bild an seinen Fall erinnerte, so besonders in dem bemerkenswerthen Falle von Camuset, den der Vf. wörtlich wiedergiebt. Nach alledem sei man zur Aufstellung einer „asthenischen Ophthalmoplegie“ berechtigt.

Hugo Weiss (Ueber Pilzvergiftung mit Augenmuskellähmungen. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 103. 1897) sah nach Pilzvergiftung vorübergehende Lähmung fast aller Augenmuskeln, die er, da sie bei Pilzvergiftung sonst nicht vorzukommen scheint, dagegen bei Wurst-, Käse-, Fisch-Vergiftung beobachtet wird, auf Toxinbildung durch Eiweissfäulniss der Pilze beziehen möchte.

Ein 21jähr. Schuhmacher hatte 2 Stunden nach dem Genusse von Pilzen, deren Art nicht bestimmt werden konnte, Uebelkeit, Erbrechen, Durchfall bekommen, hatte am anderen Morgen Doppeltsehen bemerkt.

Im Krankenhause fand man ausser allgemeiner Schwäche, verfallenem Aussehen, Unregelmässigkeit des Pulses, Doppeltsehen bei Blick nach abwärts, Verschiedenheit der Pupillen. Am 2. Tage nach der Vergiftung bestand Doppeltsehen in allen Blickrichtungen, beim Seitwärtssehen traten nystagmusartige Zuckungen auf. Am 3. Tage rückten die Bilder der Flamme zusammen, nach manchen Richtungen hin sah der Kr. wieder einfach. Am 5. Tage nur noch beim Sehen nach links Doppelbilder; nystagmusartige Zuckungen bei allen Endstellungen. Am 8. Tage wurde der Kr. mit geringer Pupillendifferenz bei im Uebrigen normalem Zustande entlassen.

Die Annahme des Vfs., die Kernzellen seien nicht direkt geschädigt worden, sondern die sie ernährende Arterie, ist ebenso gekünstelt als unnöthig.

Ausset (Ophthalmoplégie externe bilatérale compliquée d'une hemiplégie droite chez un enfant de douze ans. Bull. méd. 9. 1896. Ref. in Belg. méd. IV. 4. p. 117. 1897) theilt folgende Beobachtung mit.

Ein 12jähr. Knabe, der bis dahin gesund gewesen war, dessen Vater aber tuberkulös war, hatte nach heftigen Kopfschmerzen Zittern der rechten Hand und doppelseitige Ptosis bekommen. Allmählich wurde die rechte Körperseite halbgelähmt. A. fand: beiderseits Ophthalmoplegia exterior, links stärker, rechtseitige Hemiparese mit Zittern bei Bewegungen der etwas abgemagerten Hand und Steigerung der Sehnenreflexe. Der Zustand bestand seit 9 Monaten.

A. nimmt natürlich an, dass ein Tuberkel die Kerngegend und den linken Hirnschenkel beschädige.

W. Murawieff (Zwei Fälle von Polioencephalitis acuta haemorrhagica superior [Wernicke]. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 2. 3. 1897) vereinigt 2 Fälle ganz verschiedener Art.

I. Eine 46jähr. Frau, die mässig gelebt hatte, war im Juli 1894 nach einer starken Erkältung mit den Erscheinungen der Influenza erkrankt. Am 1. August trat ein epileptischer Anfall ein. Weitere folgten. Kopfschmerzen, Parästhesieen und Lähmung der linken Hand bestanden in der Zwischenzeit.

Im Krankenhause fand man links Hemiparese mit Hypästhesie, Amblyopie, Neuritis n. optici. Im October nahmen die Kopfschmerzen zu, Erbrechen und Pulsverlangsamung begleiteten sie. Am 25. ein epileptischer Anfall. Am 26. Benommenheit, rechts Ptosis, Abweichen des Auges nach aussen, Erweiterung und Starrheit der Pupille (d. h. Oculomotoriuslähmung). Nach einigen Tagen Blindheit und Unbeweglichkeit des rechten Auges. Ueber linkseitige Augenmuskellähmungen wird nichts berichtet. Am 19. November starb die Kranke.

Die *Sektion* ergab ein Sarkom über der vorderen [doch wohl rechten?] Centralwindung und zahlreiche kleine Blutungen, die die Brücke und die Gegend um den Aquaeductus Sylvii durchsetzten. Der rechte Oculomotoriuskern zeigte mehr Blutungen als der linke. Ausserdem wurde Entartung der hinteren Rückenmarkswurzeln gefunden.

Also bei einer Kranken mit einer bösartigen Gehirngeschwulst entwickelte sich in den letzten Lebenstagen Oculomotoriuslähmung und deren Ursache waren kleine Blutungen im Mittelhirn. Die überraschende „Radiculitis“ sieht der Vf. als Influenza-Wirkung an.

II. Bei einem 46jähr. Säufer begann eine schwere Polyneuritis mit Augenmuskellähmung: „gänzliches Fehlen der consensuellen Augenbewegungen nach beiden Seiten hin, ohne Lähmung der einzelnen Muskeln“, dabei leichte Ptosis, Nystagmus, Erweiterung der linken Pupille. Rasch trat Besserung der Augen ein. Als Vf. den Pat. zum 1. Male sah, wichen „die consensuellen Bewegungen nur wenig von der Norm ab“, es bestanden noch nystagmusartige Bewegungen. Die Polyneuritis schritt fort und war von der bekannten Amnesie begleitet. Nach einigen Monaten trat Besserung ein.

Also vorübergehende Augenmuskellähmung bei alkoholischer Polyneuritis, die in der That vielleicht auf die sog. Polioencephalitis superior der Säufer zu beziehen war.

Der Kr. J. Hendrie Lloyd's (A case of diabetes insipidus with paralysis of the sixth nerve. Journ. of nerv. and ment. dis. N. S. XXI. 12. p. 778. Dec. 1896) war ein 24jähr. Mann und hatte seine Abducenslähmung nach einem apoplectiformen oder epileptiformen Anfalle, über den nichts Näheres zu erfahren war, bemerkt.

R. Hill Shaw (Ptosis produced by intracranial lipoma. Brit. med. Journ. Dec. 26. 1896) theilt einen merkwürdigen Fall von Ptosis mit.

Bei einer 44jähr. Frau, die seit Jahren an Anfällen von heftigem Kopfschmerz gelitten hatte, war vor 2 Jahren linkseitige Ptosis eingetreten und diese war in 1 Jahre complet geworden, ohne dass anderweite Störungen dazugetreten wären. Die Frau war übrigens Säuferin. Sie starb durch Hirnblutung.

Nach dem Tode fand man allgemeine Fettsucht und im Schädel ein Lipom, das die Hypophysis umschloss und sich an der Basis ausbreitete, besonders in der mittleren linken Schädelgrube. Die Geschwulst erstreckte sich bis zur Sylvischen Grube und bis zum Hirnschenkel, an dem ein Eindruck durch sie entstanden war. Hinter dem Lipom ein Bluterguss.

Warum gerade der Ast für den Levator palpebrae durch das basale Lipom beschädigt worden war, das wurde nicht klar.

[Ueber verschiedene Fälle von Ptosis berichtet Kempner in Wiesbaden (1. Beitrag zur Ptosis-Operation. 2. Doppelseitige Ptosis traumatischen Ursprungs. 3. Ein Fall von Erblindung und Ptosis beider Augen aus unbekannter Ursache mit Ausgang in Heilung. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 12. Jan. 1897).

1) Ein 25jähr. Mann wurde von einem scheu gewordenen Ochsen mit dem Horne am rechten Auge verletzt. Blutung und Schwellung gingen rasch zurück. Das Auge war nicht verletzt, aber es war vollständige Ptosis zurückgeblieben. Nach der Operation (Methode von Birnbacher) konnte der Mann das Auge wieder öffnen und schliessen; die Lidspalte war normal weit.

Ein 28jähr. Mann hatte zwei wuchtige Stockschläge auf den Kopf erhalten, wurde bewusstlos und litt einige Monate an Kopfschmerz und Schwindel. Nach 9 Monaten (der sonst gesunde Kranke hatte immer gearbeitet) trat in der Nacht ohne jede andere Augenstörung plötzlich doppelseitige Ptosis ein. Es fehlten alle Zeichen, die etwa auf einen apoplektischen Anfall hätten schliessen lassen. Bei der Untersuchung fand Vf. an den beiden Scheitelbeinen je eine von Haaren entblösste, etwa Zehnpfennig-Stück grosse Narbe, von denen die rechte vertieft und schmerzlos, die linke nicht vertieft und beim Beklopfen etwas schmerzhaft war. Lag hier ein gefässhaltiger Tumor mit späterer Blutung vor, oder eine Fortsetzung des Trauma von den Scheitelbeinen zu den Parietalwindungen der Hirnrinde mit den Centren für den Levator. palpebr. superioris?

3) Ein 16jähr. ganz gesunder Glaserlehrling, mit beiderseitiger Kurzsichtigkeit, klagte, er sehe seit einiger Zeit Alles wie im Nebel. Strychnin-Injektionen und Schmierkuren verschlechterten das Sehvermögen; das Sehvermögen sank rechts auf 0, links auf Fingerzählen in 2'. Dazu gesellte sich nach einigen Wochen plötzlich auf der Strasse doppelseitige vollständige Ptosis ohne andre Lähmungserscheinungen. Hob der Kr. das rechte obere Lid mit der Hand in die Höhe, dann öffnete sich sofort das linke Auge von selbst; das Umgekehrte trat nicht ein. Nach weiteren vier Wochen sank das Sehvermögen auch links auf Erkennen von Hell und Dunkel und der Junge wurde in eine Blindenschule geschickt. Ein halbes Jahr später verliess er die Anstalt wieder, um eine von einem Schäfer aus dem Elsass empfohlene Kur (Tropfen in die Augen und Einreibungen in die Stirne) bei den Eltern durchzumachen. Ein paar Wochen später schwand die Ptosis plötzlich und das Sehvermögen war wieder, wie K. feststellen konnte, so gut wie früher. Anzeichen für Simulation oder Hysterie waren nach K. nicht vorhanden; „indess lag die Vermuthung doch zu nahe, an eine solche zu denken“. Lamhofer (Leipzig).]

M. Straub (Ueber Lähmung der Divergenz. Centr.-Bl. f. Augenhkde. Jan. 1897) theilt 3 neue Beobachtungen mit.

I. Ein 53jähr. Mann klagte über Ermüden beim Sehen und über Doppelbilder. Eine Flamme in 4 m Entfernung wurde in gleichnamigen, horizontal gestellten Doppelbildern gesehen, die 0,5 m von einander entfernt waren. Es bestand also eine zu starke Convergenz. Wurde die Kerze seitlich verschoben, so näherten sich die Bilder und wurden eins. Näherte man die Kerze dem Pat., so geschah dasselbe, die Bilder verschmolzen bei $1/_2$ bis $1/_3$ m Abstand. Entfernte man die Kerze wieder, so gelang es dem Pat., bis zu 1 m Abstand einfach zu sehen.

Die Störung nahm allmählich ab und war nach $3^1/_2$ Monaten ziemlich verschwunden.

II. Im 2. Falle handelte es sich um eine 29jähr. Frau. Das Bild glich dem des ersten Kranken.

III. Hier bestand eine grobe Hirnerkrankung. Die 20jähr. Kr. hatte links Trigeminus-, Facialis-, Acusticus-Läsion, es bestanden Stauungspapille und Zwangsbewegung nach rechts. Nystagmusartige Zuckungen beim Seitwärtssehen. Ausserdem Divergenz-Lähmung.

Str. bezeichnet als Kennzeichen der „Divergenz-Lähmung", dass trotz der Doppelbilder die seitlichen Bewegungen der Augen ungestört sind, dass beim Blicke in die Ferne ein Auge fixirt, das andere nach innen abweicht, dass der Kr. in einer gewissen Entfernung in der Medianlinie doppelt sieht, die Doppelbilder aber bei Annäherung der Kerze im Fernpunkte der Convergenz verschmelzen, dass endlich beim Seitwärtsbewegen der in der Mittellinie doppelten Flamme die Bilder sich nähern und endlich verschmelzen.

Fr. Pick (Zur Diagnostik der Sympathionslähmung. Prager med. Wchnschr. XXI. 48. 1896) weist darauf hin, dass man nicht immer weiss, ob bei reagirenden ungleichen Pupillen die weite oder die enge krankhaft verändert ist.

Bei einem 31jähr. Manne hatte eine von der Thymus ausgehende Geschwulst die obere Hohlvene verschlossen und hatte Stauung an Kopf und Hals bewirkt. Das linke Auge war vorgetrieben, die Lidspalte weit, die Pupille „maximal dilatirt". Rechts lag das Auge tiefer, war die Lidspalte enger, die Pupille etwa normal weit. Links schwitzte der Kr. stärker, das rechte Auge thränte viel. In der linken Schlüsselbeingrube fühlte man eine harte Lymphdrüse.

Da die linke Pupille sich bei Beleuchtung rasch verkleinerte, glaubte P., es handle sich nicht um Dilatator-Krampf, und diagnosticirte Lähmung des rechten Sympathicus.

In der That fand man bei der *Sektion* den rechten Sympathicus vom 7. Hals-, bis zum 4. Brustwirbel durch die Neubildung zerstört. Der linke war unversehrt.

Wie die „maximale" Erweiterung der linken Pupille zu erklären war, sagt Vf. nicht, er weist auf eine, auf Thierversuche begründete Angabe Dogiel's hin, wonach dem Sympathicus einer Seite „auch immer eine gewisse antagonistische Wirkung auf die Pupille der anderen Seite zukomme".

G. C. Harlan (The pupil reflex in absolute blindness. University Med. Magazine IX. 3. p. 157. Dec. 1896. Vgl. auch Transactions of the Americ. ophthalm. Society XXXII. p. 671. 1897) theilt mehrere Beobachtungen von vollkommener Blindheit durch Sehnervenschwund (Cerebrospinalmeningitis, angeborener Schwund) mit, bei denen doch ein Rest von Lichtreaktion der Pupille nachzuweisen war. Gelang es bei direkter Beleuchtung nicht, so wurden doch bei verbundenen Augen die Pupillen etwas weiter und nach Beseitigung des Verbandes wieder enger.

Einmal sah H. bei einseitiger hysterischer Blindheit Mydriasis mit Starre und er konnte durch Suggestion die normale Beschaffenheit der Pupille zurückführen.

J. P. Karplus (Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle. Wiener klin. Wchnschr. IX. 52. 1896) hat einigemale im hysterischen Anfalle Pupillen ohne Lichtreaktion beobachtet. Es gelang ihm dadurch, dass er, unterstützt von geschickten Händen, einen Lidhalter einlegte und das Auge mit der Handlampe von *Priestley Smith* beleuchtete. Er untersuchte zum Theil während natürlicher, zum Theil während absichtlich hervorgerufener Anfälle. Die Pupillen wurden, je nach der Erregung, bald mittelweit und beweglich, bald weit und starr gefunden. Die Unbeweglichkeit dauerte in einem Falle 10 Sekunden. Einmal sah K. die Augen stark convergirt, die Pupillen eng und starr. [Der Ausdruck „Starre" ist missverständlich, man sollte lieber von krampfhafter Erweiterung oder Verengerung reden.]

E. Hitzig (Ueber einen durch Strabismus und andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berliner klin. Wchnschr. XXXIV. 7. 1897) bespricht die Frage, ob hysterische Augenmuskellähmungen vorkommen.

Sein Pat., ein 36jähr. polnischer Arbeiter mit traumatischer Hysterie, hatte früher an Augenentzündung gelitten. Als er nach dem Unfalle ängstlich geworden war und auf weitere Symptome wartete, traten Schmerzen in den Augen ein und bei verkehrter ärztlicher Behandlung (Höllensteinätzungen) wurden die Augen bald ganz unbrauchbar dadurch, dass die Lider herabfielen und die Augäpfel sich nach innen unten drehten.

Nach einem Selbstmordversuche (Ertränken) wurde der Kr. nach der Klinik zu Halle gebracht und hier fand H. ausser anderen hysterischen Erscheinungen (Anästhesie u. s. w.) folgenden Zustand der Augen. Die Lider hingen ganz herab, aber Zeichen von Orbicularkrampf waren nicht vorhanden, denn weder wurde beim Oeffnen der Augen Widerstand geleistet, noch sah man Tieferstehen der Brauen, Fältelungen der Haut, lineare Gestaltung der Lidspalte. Die Augäpfel waren krampfhaft nach innen unten gedreht, die Pupillen eng und starr. Das Gesichtsfeld war eingeschränkt, das Sehvermögen vermindert. Durch Suggestionen wurden die Erscheinungen verändert, zeitweise beseitigt, durch Autosuggestionen zeitweise wieder verschlimmert.

H. kommt zu dem Schlusse, dass bei Hysterie Augenmuskellähmungen sehr wohl vorkommen können. Er scheint aber doch eins zu übersehen. Er sagt selbst: „Die Art und Weise, in der die hysterischen Symptome auftreten, ist eben ganz allgemein von ihrer Entstehung aus krankhaften psychischen Einflüssen abhängig." Nun fragt es sich eben, was kann durch seelische Einflüsse entstehen? Gewiss, Ptosis ebenso wie krampfhaftes Schielen. Ob aber isolirte Drehmuskellähmungen oder Irislähmungen auf diesem Wege möglich sind, das ist doch sehr zweifelhaft. Dass die Beispiele von Nonne und Beselin, auf die H. sich be-

zieht, uns nicht beweisend zu sein scheinen, ist früher gesagt worden (vgl. Jahrbb. CCLI. p. 19).

Liebrecht (Ueber physiologisches und hysterisches Doppeltsehen. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 74. 1897) glaubt, dass sich an fast allen Menschen bei bestimmten Stellungen der Augen Doppelbilder durch die Prüfung mit rothem Glase nachweisen lassen. Dieses Doppeltsehen tritt nie beim Blicke geradeaus, sondern nur in den Endstellungen auf. Die Doppelbilder sind fast stets gleichnamig, auch beim Blicke nach oben und unten. Die Ursache des Doppeltsehens Gesunder liegt darin, dass bei associirten seitlichen Bewegungen des Auges die Einwärtswendung des einen Auges stärker ist als die Auswärtswendung des anderen, dass beim Sehen nach oben und unten ein Auge etwas zurückbleibt. L. ist der Meinung, dass Guillery durch dieses physiologische Doppeltsehen getäuscht worden sei, als er bei Tabeskranken „latente“ Augenmuskellähmungen zu finden glaubte.

Ueber das hysterische Doppeltsehen klagen die Kranken von selbst (was bei Gesunden nicht vorkommt), freilich nur zeitweise und wenig. Die Doppelbilder können gekreuzt oder gleichnamig sein; in beiden Fällen sind sie aber schon beim Blicke geradeaus vorhanden. Die Erscheinungen entsprechen nie denen einer wirklichen Augenmuskellähmung. Das Verhalten der Doppelbilder wechselt; einander folgende Prüfungen können ganz verschiedene Ergebnisse liefern. L. führt 5 Beispiele an, 4mal handelte es sich um „Mangel der Fusionstendenz“, 1mal um krampfhaftes Schielen. Das hysterische Doppeltsehen ist nach L. aufzufassen „als eine Affektion des Centrums für die willkürlichen associirten Bewegungen, also einer Region der Grosshirnrinde“. Möbius.

72. **Ueber Kubisagari**; von K. Miura. (Sond.-Abdr. aus den Mittheil. der med. Fakultät der k. japan. Univers. zu Tokio III. 3. 1896.)

M. schildert eine in gewissen Gegenden des nördlichen Japan heimische, während des Sommers unter den Bauern auftretende Krankheit, deren Anfälle in Sehstörung und in Schwäche bestimmter Muskeln bestehen. Er unterscheidet: 1) Augen-Erscheinungen, nämlich Ptosis, Umnebelung, Doppeltsehen, Röthung der Papille, 2) Schwäche der Lippen, der Zunge, der Kau- und Schlundmuskeln, 3) Schwäche der Nackenmuskeln, 4) Schwäche der Glieder- und Rumpfmuskeln. Dazu kommen Verstimmung, Steigerung der Sehnenreflexe, Vermehrung der Nasenabsonderung, der Thränen, vielleicht auch des Speichels. Weitaus am häufigsten und am stärksten ausgeprägt sind die Augenerscheinungen und die Nackenschwäche, vermöge deren der Kopf nach vorn fällt. Ebenfalls häufig ist Schwäche der Glieder und des Rumpfes, dagegen kommen die übrigen Erscheinungen nur in der Minderzahl der Fälle vor. Die Anfälle werden besonders durch anstrengende Arbeit hervorgerufen, durch schlechte Nahrung gefördert. Sie können mehrmals am Tage auftreten, dauern etwa 1/2 Stunde. In der Zeit zwischen den Anfällen sind die meisten Kranken anscheinend gesund, bei manchen besteht auch in der anfallfreien Zeit ein gewisser Grad von Ptosis, eine gewisse Schwäche der Nackenmuskeln, sind die Sehnenreflexe auffallend lebhaft. Die Krankheit kann eine Reihe von Jahren andauern.

Die „Umnebelung“ zeigt sich dadurch, dass die Umrisse der Dinge verschwommen werden und ein Nebel den Blick hemmt. Um Ermüdung der Accommodation scheint es sich nicht zu handeln. Die Ptosis ist bald stark, bald schwach. Das Doppeltsehen scheint auf Schwäche der Interni zu beruhen, denn M. beobachtete im Anfalle gekreuzte, neben einander stehende Doppelbilder, auch sah er nystagmusartige Zuckungen beim Seitwärtsblicken. Die Schwäche der Nackenmuskeln ist von Schwere und Druckgefühl im Nacken begleitet, wirklichen Schmerz fühlten die Kr. M.'s nicht. Es gelang einige Male, rasche Ermüdung des Cucullaris bei regelmässig wiederholter Faradisirung nachzuweisen, ein Nachweis, der an den Gliedermuskeln nicht glückte. Im Uebrigen bewirkt die Muskelschwäche, dass die Kr. sich nicht aufrichten oder nicht bücken, nicht weitergehen, weitermähen, schreiben u. s. w. können. M. meint, die am meisten thätigen Muskeln seien in jedem Falle am meisten betroffen.

Wie M. mit Recht hervorhebt, gleicht die Krankheit Kubisagari, die in gewisser Beziehung auch an die asthenische Bulbärparalyse und an die periodische Lähmung Westphal's erinnert, vollständig dem von Gerlier und nach diesem auch von Anderen beschriebenen „Vertige paralysant“, einer in gewissen Gegenden der Schweiz, besonders im Canton Genf, heimischen Krankheit der Bauern, Schäfer, Hirten u. s. w. Gerlier sagt: der Schwindel tritt in Anfällen auf, der Kranke empfindet plötzlich Schmerz im Nacken, vor seinen Augen ist Nebel, die Lider sinken herab, alle Kraft schwindet und die Beine versagen ihren Dienst. Auch die Schwäche der Bulbusmuskeln (Lippen, Zunge u. s. w.), das Doppeltsehen, die Hyperämie der Papille hat man beim Vertige paralysant beobachtet. Hier wie dort wird eine in mehr oder weniger kümmerlichen Verhältnissen lebende, schwer arbeitende Landbevölkerung während der warmen Jahreszeit befallen, zeigen sich bestimmte Häuser bevorzugt.

Gerlier hatte an ein in den Ställen entstehendes Gift gedacht. M. schliesst sich dieser Meinung an, da in den von Kubisagari heimgesuchten Gegenden die Zucht von Pferden und Rindern allgemein ist und die Wohnräume sich unmittelbar neben den Ställen, unter demselben Dache befinden.

M. behandelte die Kranken mit Jodkalium und Arsenik und glaubt, in einigen Fällen Erfolg gehabt

zu haben. Im Uebrigen wäre natürlich Aenderung der Wohnverhältnisse zu wünschen.

Hervorzuheben ist noch, dass M. mit Hülfe seines Lehrers Bälz ein weit besseres Deutsch geschrieben hat, als es viele „deutsche" Aerzte schreiben. Möbius.

73. **Ueber Migräne.** (Vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 130.)

G. Mingazzini (Fernere klinische Beobachtungen über geistige Störungen in Folge von Hemikranie. Mon.-Schr. f. Psychiatrie u. Neurol. I. 2. p. 122. 1897) ist der Meinung, dass es eigenthümliche hemikranische Geistesstörungen gebe. Er will 2 Formen unterscheiden: 1) Dysphrenia hemicranica transitoria, 2) Dysphrenia hemicranica permanens. Die 1. Form wieder soll in verschiedene Unterarten zerfallen, je nachdem nur Gesichtstäuschungen auftreten, oder auch Verwirrtheit, je nachdem die der Migräne zukommenden Augenstörungen dabei bestehen oder nicht. M. hat schon früher mehrere Beobachtungen mitgetheilt, in der vorliegenden Arbeit berichtet er über 2 neue.

Eine 45jähr. Witwe hatte seit der Kindheit an Migräne gelitten; seit 5 Jahren, nach der Influenza, waren die Anfälle heftiger und häufiger geworden. „Nur wenn der Kopfschmerz einen hohen Grad erreicht, sieht die Kr. Flämmchen, es treten Gesichtstäuschungen auf und es erscheinen ihr Personen von wildem Aussehen oder Thiere." Zugleich hörte die Kr. unangenehme Stimmen. Sie war sich aber des Krankhaften der Sache vollständig bewusst.

M. fand Ovaria mit hysterischer Aura, Hyperästhesia der Haut an verschiedenen Stellen. Insuff. V. mitralis.

Eine 19jähr. Bäuerin war nach einer Gemüthsbewegung aufgeregt und verwirrt geworden. Sie litt seitdem an Anfällen von Kopfschmerz, und wenn dieser stark war, erschienen ihr blau gekleidete Engel. Später entwickelte sich „eine Paranoia acuta hallucinatoria".

[Also im 1. Falle eine Migräne mit hysterischen Erscheinungen, im 2. Falle gar keine Migräne. *Ref.*]

Die früheren Beobachtungen stellt M. in einer Tabelle zusammen. Es handelt sich um einen alten Fall Griesinger's von Hallucinationen bei Trigeminus-Neuralgie, um 7 Fälle M.'s (6mal deutliche Hysterie, 1 mal möglicher Weise Epilepsie), um je 1 Fall Löwenfeld's, Zacher's, Féré's (Epilepsie), um 2 nicht näher gekennzeichnete Fälle Wood's, um 2 Fälle Krafft-Ebing's (vgl. Jahrbb. CCXLIX. p. 242), um 1 F. Agostini's.

Agostini's Beobachtung (Policlinico III. 4. 1896) ist folgende. Ein 23jähr. Student, der als Kind an „Eklampsie" gelitten hatte, klagte seit Monaten über Anfälle heftiger Kopfschmerzen. Die Anfälle, die mit Röthung der rechten Gesichtseite, Verstimmung, Magenbeschwerden, Hemiskotom und der Erscheinung leuchtender Figuren verbunden waren, traten besonders nach dem Genusse gesalzenen Fleisches auf. „Wenn der Anfall stark ist, tritt oft transitorische Dysphasie und geistige Verwirrung ein."

Die „permanente (oder protrahirte) hemikranische Dysphrenie" M.'s ist nur durch 4 neue Beobachtungen des Vfs. vertreten.

Ein 51jähr. Mann litt seit 1888 (seit dem 44. Jahre!) an Anfällen von Kopfschmerz, die sich zuweilen anhäuften und dann einen Zustand ernster Krankheit bildeten. Dies war 4mal geschehen und jedesmal war der Kr. in die Irrenanstalt eingetreten. Den letzten Anfall beobachtete der Vf. Von Zeit zu Zeit wurde der Kopfschmerz stärker, dann traten Schmerz und Zusammenschnürung in der Kehle, sowie Gesichtstäuschungen auf. Der Kr. glaubte, 4—5 Leute zu sehen, wo nur einer war, und er sah allerhand kleine Dinge. Die Erscheinungen kamen von links. Später Congestion des Gesichts, Minuten lang Benommenheit. Die Anfälle kamen in den ersten Tagen 2—4mal, hörten dann auf.

Ein 23jähr. Mann litt seit der Kindheit an Migräne. Er hatte zeitweise stark getrunken, war wegen eines Streites verhaftet worden. Bald danach bekam er Kopfschmerz und sah er rechts von sich einen rothen Mann und junge Hühner. Er wurde durch die Hallucinationen sehr erregt und wurde verwirrt in die Irrenanstalt gebracht. Nach einiger Zeit wurde er ruhiger, gab an, der Kopfschmerz lasse nach und der rothe Mann komme seltener. Bei Druck auf den rechten Augapfel trat die Hallucination ein, bei Druck auf den linken nicht.

Träge Reaktion der bald weiten, bald engen Pupillen. „Die Kniephänomene fehlten." „Anaphie und Analgesie rechterseits, Hypaphie und Hypoalgesie linkerseits." Anosmie, Ageusie. Bisweilen bei Tage unwillkürlicher Harnabgang.

Verschlimmerung wechselte mit Besserung. Nach 3 Wochen hörte der Kopfschmerz plötzlich ganz auf, Hallucinationen und Erregtheit verschwanden. Nach 1 Monat wurde der Kr. entlassen.

Eine 23jähr. Bäuerin hatte seit 2—3 Jahren Anfälle von Kopfschmerzen, bei denen sie zuweilen Funken, aber nie Gestalten gesehen hatte. Seit 14 Tagen litt sie an Kopfschmerz von wechselnder Stärke. Sie war verstimmt geworden und hatte einen Selbstmordversuch gemacht. In der Anstalt war sie tageweise verwirrt, behauptete dann, einen Mann im Kopfe zu haben, Stimmen zu hören, antwortete nicht. Bald liess der Kopfschmerz nach und dann wurde auch der seelische Zustand normal.

Ein 40jähr. Bauer hatte vor 20 Jahren eine Kopfverletzung erlitten, litt seitdem bei warmem Wetter an Anfällen von Kopfschmerz. Diese waren manchmal besonders schlimm, dann war der Kr. verstimmt und wollte nicht essen. In der Anstalt fand man Ueberempfindlichkeit der Haut und Zittern der Hände, sonst nichts Besonderes. Der Kopfschmerz war nur noch gering, schwand bald und mit ihm hörte die Verstimmung auf.

[Diese Krankengeschichten sind sicher nicht überzeugend. Ob im 1. und im 4. Falle überhaupt Migräne bestanden habe, ist zweifelhaft. Im 4. Falle handelte es sich offenbar um traumatische Hysterie. Ob im 2. progressive Paralyse bestanden habe, sei dahingestellt. Der 3. besagt nur, dass eine vielleicht an Migräne leidende Person einmal bei starken Kopfschmerzen geistige Störungen gezeigt habe. *Ref.*]

Die weiteren Erörterungen M.'s sind der „Pathogenese" gewidmet. Er schliesst sich der Auffassung Krafft-Ebing's an, dass zuweilen die umschriebenen Störungen in der Hirnrinde, die der Migräne eigenthümlich sind, sich über einen grösseren Theil der Hirnrinde ausbreiten und dann seelische Störungen bewirken. Am besten erkläre sich alles durch die Annahme „vaskulärer" Veränderungen.

[Nach alledem kann *Ref.* davon sich nicht überzeugen, dass die hemikranische Seelenstörung bewiesen sei. Vielmehr scheint ihm durch M.'s u. A. Beobachtungen die Meinung nur bekräftigt zu werden, dass in der Mehrzahl der Fälle der Migräne-Anfall als agent provocateur bei Entarteten wirke, in der Minderzahl ein epileptischer oder hyste-

rischer Zustand durch einen symptomatischen Migräne-Anfall eingeleitet werde.]

Krafft-Ebing (Ueber transitorische Geistesstörung bei Hemikranie. Psychiatrische Arbeiten Heft 1. p. 133. 1897) bemerkt, es sei schwierig zu entscheiden, ob geistige Störungen, die die Migräne begleiten, nur Reaktion des krankhaft veranlagten Trägers der Migräne seien, oder einer ungewöhnlich weiten Verbreitung des Migräne-Vorganges im Gehirne entsprechen.

55jähr. Arbeitersfrau. Seit dem Klimakterium (seit 11 Jahren) Anfälle von Augen-Migräne. Seit 2 Jahren im Anschlusse an die aus dem Skotom entstandenen Lichterscheinungen „Fratzen“ und während des Kopfschmerzes ein „curioses Stadium“, in dem die Kr. sich verwirrt fühlt, Angst empfindet und nicht sprechen kann.

Auch müsse man sorgfältig epileptische Seelenstörungen ausschliessen. Das möge unter Umständen schwer sein. Der Vf. bespricht die in der Literatur enthaltenen Beobachtungen, und zwar zunächst die beiden früheren Arbeiten Mingazzini's, die er ähnlich beurtheilt, wie der *Ref.* es gethan hat, da bald Hysterie, bald Epilepsie bestanden habe. Es folgen die übrigen neueren Mittheilungen (vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 130). Auch aus diesen, ebenso wie aus neuen Beobachtungen des Vfs. geht nicht mit Gewissheit hervor, dass es eine eigene „Psychosis transitoria hemicranica“ gebe.

Die neuen Beobachtungen des Vfs. sind folgende:

Ein 46jähr. Mann wurde verwirrt eingebracht. Ausser allerhand phantastischen Faseleien sprach er von einem grossen Steine in seinem Kopfe, der entfernt werden müsse. Nach 2 Tagen wurde er klar. Er gab an, dass er ebenso wie sein Vater an Augen-Migräne leide. „Der Augenspiegelbefund ergieht beiderseits leichte Neuritis optica“.

Eine 36jähr. Witwe wurde verwirrt eingebracht. Die rechte Seite des Kopfes war schmerzhaft. Nach 5 Tagen wurde die Kr. klar und erzählte, sie leide seit dem 19. Jahre an Augen-Migräne. Vor dem Irrsinnsanfalle war nach einer schweren Gemüthserschütterung ein besonders starker Migräne-Anfall eingetreten. Nach 7 Wochen wurde die Kr. wieder verwirrt eingeliefert und die Sache war dieselbe, nur war diesmal grosse Hitze Ursache des Migräne-Anfalles gewesen. Hysterische Stigmata.

Eine 21jähr. Bäuerin litt seit 8 Monaten alle 14 Tage an Kopfschmerzen, denen Angst vorausging. Im Anfalle sah sie graue glänzende Wolken. In der letzten Zeit hatten die Anfälle 4 Tage gedauert. Zweimal war sie dabei verwirrt gewesen und sie konnte sich dieser Tage nicht entsinnen. Man fand an ihr nur Druckempfindlichkeit der Trigeminuspunkte.

Ein 48jähr. Kaufmann aus entarteter Familie litt seit 5 Jahren an Augen-Migräne. Wiederholt war mit dem Kopfschmerze Verwirrtheit, während deren der Kr. ängstlich delirirte und die Amnesie hinterliess, aufgetreten.

Ein 15jähr. Sohn migränekranker Eltern litt seit 4 Jahren an gewöhnlicher Migräne. Seit 6 Wochen Anfälle von Augen-Migräne, während der Kr. „wie toll“ ist, alles zerschlägt, sich selbst verletzt. Zeichen der Entartung.

Ein 17jähr. Lehrling aus nervenkranker Familie litt seit 2 Jahren an schwerer Migräne. Nach einem leichten Schlage auf den Kopf Unruhe, Angst, Hallucinationen, Verwirrtheit. Am 2. Tage Klarheit und Erinnerung an die Vorgänge. Kein Kopfschmerz während der Seelenstörung.

Krafft-Ebing (Ueber Hemikranie und deren Beziehungen zur Epilepsie und Hysterie. Psychiatrische Arbeiten Heft 1. p. 109. 1897) hält das Zusammenvorkommen von einfacher Migräne und Epilepsie bei demselben Menschen für ein Zusammentreffen, was bei der Häufigkeit der beiden Formen ererbter Entartung nicht verwunderlich sei. Dagegen könne nicht nur die Augen-Migräne, sondern auch die Migräne mit halbseitigen Parästhesien nähere Beziehungen zur Epilepsie haben. Er theilt eine Reihe von Beobachtungen mit.

II. 43jähr. Frau im Klimakterium. Seit der Jugend gewöhnliche Migräne. Seit 4 Monaten stärkere Anfälle mit Flimmerskotom. „Seither auf der Höhe des Anfalles klassische epileptische Insulte.“

III. 34jähr. Mann. Seit dem 20. Jahre Augen-Migräne. Jährlich etwa 4mal bei besonders heftiger Migräne epileptische Anfälle.

IV. 18jähr. Tochter migränekranker Mutter. Mit 5 Jahren Krämpfe. In der Kindheit viel Kopfschmerzen. Seit dem 13. Jahre Migräne mit Skotom. Bald danach im Anschlusse an die Migräne-Anfälle, nie ohne diese epileptische Anfälle. Seit dem 15. Jahre hysterische Zufälle.

V. 17jähr. Tochter migränekranker Mutter. Seit 2 Jahren gewöhnliche Migräne. 4 Anfälle waren mit Flimmerskotom verbunden und mit halbseitigen Parästhesien, die 1 Stunde anhielten.

VI. 58jähr. Techniker. Seit der Kindheit Augen-Migräne. Während des heftigen Kopfschmerzes Gefühl peinlicher Verwirrung und Vertaubung der dem Kopfschmerze gleichmässigen Körperhälfte.

VII. 18jähr. Mädchen. Seit 3 Jahren Augen-Migräne. „Auf der Höhe des Migräne-Anfalles, etwa 1/2 Stunde nach Auftreten des Flimmerskotoms, setzt sensibler Jackson ein (Gesicht, Zunge, Oberextremität).“ Nach dem Anfalle Vergesslichkeit und Ungeschicklichkeit des betroffenen Armes. Nur unsichere Erinnerung für die Zeit nach dem Anfalle.

VIII. 19jähr. Tochter migränekranker Mutter. Seit 1 Jahre Augen-Migräne: Flimmerskotom, Parästhesien in Arm, Lippe und Zunge, Kopfschmerz der anderen Seite.

IX. Tochter migränekranken Vaters. Seit dem 9. Jahre Migräne, bald gewöhnliche, bald Augen-Migräne mit Parästhesien und Paraphasie.

X. 25jähr. Buchhalter, dessen Schwester epileptisch war. In der Kindheit Krämpfe. Seit 5 Jahren grosse und kleine epileptische Anfälle. Seit einigen Jahren auch Migräne-Anfälle. Dabei Parästhesien und lallende Sprache. —

[*Ref.* möchte doch meinen, dass es sich in den Fällen IV bis IX ganz und gar nicht um Epilepsie, sondern um die Migraine ophthalmique accompagnée der Franzosen handle. Die halbseitigen Parästhesien (nach Vf. „der sensible Jackson“) sind doch ein Migräne-Symptom.]

In einer weiteren Reihe von Fällen sind nach dem Vf. epileptische und hemikranische Erscheinungen zwar zeitlich getrennt, aber durch gemeinsame Augensymptome verbunden.

XI. 17jähr. Lehrling. Seit dem 10. Jahre Migräne mit einem röthlichen, kurz dauernden Skotom. Mit 16 Jahren epileptische Anfälle, deren Aura in Rothsehen besteht. Seitdem Nachlassen der Migräne.

XII. 40jähr. Tochter einer an Augen-Migräne leidenden Mutter. Seit der Kindheit Augen-Migräne. Mit 38 Jahren Beginn der Epilepsie; die Aura bestand im Sehen von Sternen, Funken. Seltnerwerden der Migräne-Anfälle.

XIII. 19jähr. Mädchen. Seit 1 Jahre epileptische Anfälle, deren Aura eine sich drehende, farbige, glänzende Scheibe bildete. Die Scheibe kam von links; füllte sie das Sehfeld aus, so kam der Anfall; wurde sie wieder kleiner, so blieb es bei der Aura. Aufhören der epileptischen Anfälle bei Brombehandlung. Die Aura blieb

Später folgte auf die Erscheinung der glänzenden Scheibe Kopfschmerz der anderen Seite, der durch Phenacetin beseitigt werden konnte.

XIV. 14jähr. Schüler, dessen Bruder und Onkel Augen-Migräne hatten. Seit dem 9. Jahre Augen-Migräne. Seit dem 10. Jahre folgte auf das Flimmerskotom bald ein Migräne-, bald ein epileptischer Anfall. Auch hier handelte es sich um eine glänzende farbige Scheibe („Sonne").

XV. 26jähr. Arbeiterin aus migränekranker Familie. Seit der Pubertät Migräne-Anfälle mit vorausgehendem Flimmern. Seit 2 Jahren mit dem Beginne des Flimmerns Benommenheit und traumhaftes Handeln; nach 10 Minuten kam der Kopfschmerz und mit ihm kehrte die Besinnung zurück; für jene 10 Minuten Amnesie. Seit 5 Monaten nächtliche epileptische Anfälle, denen am Morgen halbseitiger Kopfschmerz folgte.

XVI. 29jähr. Techniker. In der Kindheit Krämpfe. Vom 19. Jahre an Flimmerskotom. Vor 6 Jahren folgte zum 1. Male ein epileptischer Anfall auf das Flimmerskotom. Seit 1 Jahre waren an die Stelle der epileptischen Migräne-Anfälle getreten. Besserung bei Brombehandlung.

Der Vf. empfiehlt gegen die mit Epilepsie in klinischem Zusammenhange stehende Migräne Brom mit Antipyrin.

Die Beziehungen der Migräne zur Hysterie sind nach Kr.-E. zweifelhafter Art. Er verfügt über keinen Fall, in dem „der Migräne-Anfall sich als Syndrom oder Aequivalent der hysterischen Neurose deuten liesse". Dagegen hat er mehrmals gesehen, dass der Migräne-Anfall hysterische Zufälle hervorrief, oder auch sich an solche anschloss.

XVII. Eine 35jähr. Frau litt seit 10 Jahren an hysterischen Anfällen. Seit 5 Jahren schlossen sich an diese Anfälle von Augen-Migräne an. Nie kamen die letzteren allein.

XVIII. 21jähr. Mädchen aus einer Migräne-Familie. Seit dem 15. Jahre einfache Migräne. Bei der Menstruation zuweilen hysterische Anfälle. In der letzten Zeit hatten sich diese gehäuft und wurden von der Migräne (Scheitelkopfschmerz) eingeleitet.

XIX. 22jähr. schwachsinnige Hysterische. Seit 3 Jahren waren (nach einem Selbstmordversuche) ausser den hysterischen Anfällen von schwarzen Ringen vor den Augen eingeleitete Kopfschmerzanfälle aufgetreten, die zuweilen den hysterischen Anfall einleiteten.

F. W. Marlow (A case of epilepsy and migraine, apparently depending upon eye-strain. Med. News LXIX. 27. 1896) erzählt von einer 30jähr. Frau mit typischer schwerer Migräne, bei der einige Anfälle von einer Ohnmacht eingeleitet worden waren. Nach Verordnung passender Augengläser, die den Astigmatismus corrigirten, sollen die Anfälle aufgehört haben.

B. Buxbaum (Zur Behandlung der Hemikranie. Bl. f. klin. Hydrotherapie VII. 2. 1897) hat bei 5 Migräne-Kranken sehr gute Erfolge durch feuchte Einpackungen ($1-1^1/_2$ Stunde) mit darauffolgender Abreibung erzielt. 2 Beispiele werden mitgetheilt. In 1 Falle untersuchte B. während des Anfalles mit dem Augenspiegel und fand trotz Blässe des Gesichts Hyperämie der Papille auf der Schmerzseite; nach dem Anfalle waren beide Papillen gleich. Möbius.

74. Ueber Meningitis serosa und verwandte Zustände; von H. Quincke in Kiel. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 149. 1896.)

Im Anschlusse an seine früheren Veröffentlichungen theilt Q. weitere 10 Fälle mit, in denen er seröse Meningitis diagnosticirte. Er ist geneigt, diese seröse Meningitis in Parallele zu bringen mit anderen akuten Ergüssen in Höhlen oder Gewebe, so mit dem prämenstruellen Ascites, mit gewissen Urticaria- und Erythemformen, mit manchen Gelenkergüssen. Er meint, dass intracraniale Druckschwankungen öfter vorkämen, vielleicht bei der Migräne, besonders bei den schwereren Formen; es handle sich dabei um angioneurotische Exsudationen. Der Nutzen des Antipyrins und ähnlicher Mittel, sowohl bei Migräne, als auch bei Angioneurosen der Haut, dürfte für diese Vermuthung sprechen. Therapeutisch kämen Präparate der Salicylreihe, Merkurialisation und die Lumbalpunktion in Betracht. E. Höfler (Chemnitz).

75. Beitrag zur Diagnostik und zur chirurgischen Behandlung der Gehirntumoren und der Jackson'schen Epilepsie; von Prof. Fr. Schultze in Bonn. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 217. 1896.)

Sch. berichtet über eine grössere Anzahl von Hirnerkrankungen, die in diagnostischer Beziehung und auch in therapeutischer Hinsicht ausserordentlich lehrreich sind.

Ein junger, hereditär nicht belasteter Mann bot die Erscheinungen einer doppelseitigen, die Abducentes beinahe verschonenden Ophthalmoplegia externa, ausgedehnte Ataxie, erschwertes Schlucken, erschwerte Sprache. Die Sensibilität war, abgesehen von Parästhesien, normal, die Sehnenreflexe erhöht; daneben bestanden zeitweilig Blasenstörungen, choreiforme Bewegungen der Beine, zuletzt traten Stauungserscheinungen an den Papillen auf. Kopfschmerzen bestanden nicht. Nach unseren jetzigen Kenntnissen musste ein Tumor der Vierhügelgegend angenommen werden mit sehr ungünstiger Prognose. Da während der Behandlung mit Jodkalium die Erscheinungen sich verschlimmerten, durfte eine Gummigeschwulst ausgeschlossen werden. Die Erkrankung ging jedoch in einigen Monaten vollkommen zurück; ausserdem erkrankte der Pat. nach seiner Entlassung an frischer Lues. Weiterhin schloss sich eine Erregungspsychose an. Paralyse konnte nicht diagnosticirt werden.

Im 2. Falle musste der halbseitigen Herdsymptome wegen die Diagnose auf einen contralateralen Tumor gestellt werden; der Tumor sass jedoch auf der gleichnamigen Seite und hatte einen Hydrocephalus internus der anderen Seite hervorgerufen, der die Symptome verursacht hatte.

In einem 3., operativ sehr günstig gelegenen Falle wurde die Diagnose auf einen Tumor im Gebiete des Armcentrum gestellt; die Operation gelang auch vollkommen; der Tumor, ein Spindelzellensarkom, konnte glatt herausgeschält werden; doch starb der Kr. wenige Stunden nach der Operation. Ebenso starb ein Kind von 20 Monaten mit sehr engem Vorderschädel, dem ein streifenförmiges Knochenstück aus dem Schädel herausgemeisselt wurde.

In einem anderen Falle war die Operation eines einigermaassen zugänglichen Rindentumor auch nicht von Erfolg begleitet; der Tumor wurde nicht gefunden, obwohl er gerade unter dem Schnittende lag; ebenso trat auch in einem weiteren Falle kurz nach der Operation, die den Tumor zum Theil entfernte, der Tod ein.

Jedenfalls ergiebt sich, dass der operative Eingriff zur Zeit immerhin noch als sehr gefährlich zu betrachten ist.

Ebenso war auch in 2 Fällen von Jackson'scher Epilepsie die Schädelresektion ohne dauernden Nutzen; in einem Falle trat kaum, im anderen nur eine vorübergehende Besserung ein. In keinem Falle wurde trotz der Herderscheinungen eine Läsion gefunden.

E. Hüfler (Chemnitz).

76. **Ein Beitrag zur Frage von der sogenannten traumatischen Spätapoplexie**; von Dr. E. Michel. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 35. 1896.)

Nach einer übersichtlichen Besprechung der verschiedenen Ansichten der Autoren über die Commotio cerebri und ihr anatomisches Substrat theilt M. folgenden Fall mit.

Ein 65jähr. Werkführer wurde von dem Ende einer Eisenstange durch Unachtsamkeit eines Arbeiters am Kopfe getroffen, hatte keinerlei unmittelbare Beschwerden, nur ca. 4 Tage lang Kopfschmerzen, erkrankte jedoch 7 Tage danach mit Erbrechen, Kopfschmerz, Schwindel, Verdunkelung des Gesichtsfeldes, später mit Bewusstseinsverlust und starb noch in der darauffolgenden Nacht. Bei der Obduktion wurde gefunden: eine braunrothe vertrocknete, etwas eingesunkene Hautpartie über der rechten vorderen Scheitelgegend, unter dieser Stelle ein handtellergrosser flacher Blutaustritt unter der Galea, ferner ein Blutaustritt unter der Dura über dem hinteren Theile des rechten Grosshirns. Die hintere Partie des rechten Hinterhauptslappens war in eine fast gänseeigrosse, an der Spitze durchgebrochene, mit festen Blutgerinnseln gefüllte und zerwühlte Höhle verwandelt, die nach vorn zu in die Seitenkammern durchgebrochen war. Auch in der hinteren Partie des linken Hinterhauptslappens fand sich eine schlitzförmige, mit geronnenem Blute gefüllte Höhle. Sämmtliche Kammern waren mit geronnenem Blute gefüllt; das Septum ventriculorum war vom Fornix abgerissen und suffundirt und im Ependym der Seitenkammern, insbesondere rechts, fanden sich zerstreute, bis über linsengrosse Blutaustritte.

In seinem gerichtlichen Gutachten kam Hofrath v. Hofmann zu dem Schlusse, dass die gefundene Hirnblutung eine Folge der Quetschung und Erweichung der Hinterhauptslappen gewesen sei, die ihrerseits wieder auf den erlittenen Unfall zurückgeführt werden müsse. Die Verletzung sei gleich ursprünglich schwer und lebensgefährlich gewesen; möglicherweise haben dann aber das Alter und atheromatöse Processe der Gefässe den Eintritt der tödtlichen Nachblutung begünstigt.

Bezüglich des Wesens der Commotio cerebri schliesst sich M. der Ansicht v. Bergmann's an, der sie für eine diffuse einheitliche, wahrscheinlich dynamische Affektion des Gehirns hält, die das Gehirn als Ganzes trifft und ohne jede nachweisbare anatomische Veränderung zum Tode führen kann. Die etwa anzutreffenden disseminirten Blutaustritte und Erweichungen u. s. w. sind ganz heterogene, nicht zur reinen Gehirnerschütterung unbedingt nothwendige Elemente, die sich zwar hinzugesellen können, aber nicht die anatomische Grundlage der Commotio cerebri bilden.

A. Boettiger (Hamburg).

77. **Ein Fall von Kleinhirnerkrankung mit Obduktionsbefund**; von Dr. J. Donath. (Wien. med. Wchnschr. XLVI. 29 u. 30. 1896.)

Ein 19jähr. Heizer aus belasteter Familie hatte vom 6. bis 10. Jahre an Ohrenfluss und bis zum 10. Jahre an Bettnässen gelitten, hatte in der Schule schlecht gelernt und war später intolerant gegen Alkohol gewesen. Nach einer starken Ohrfeige vor 2 Jahren wurde er bewusstlos, litt seitdem an Schwindelanfällen, Erbrechen und Kopfschmerzen und wurde bei der Arbeit ungeschickter. Die Untersuchung ergab Abnahme der geistigen Fähigkeiten, schleppende scandirende Sprache, beiderseits herabgesetzte Hörschärfe in Folge chronischer Otorrhöe, geringe Gesichtsfeldeinschränkung für Weiss, fibrilläres Zittern in Zunge und Händen, zitterige Schrift, Fehlen der Bauchreflexe, atakt scher Gang und Klagen über unbehagliches Kitzelgefühl in der Stirngegend. Dazu gesellten sich noch sehr heftiger Schwindel und Kopfschmerz, Ataxie der Arme und Steigerung der Patellarreflexe, später horizontaler Nystagmus, Doppeltsehen und beiderseits Stauungspapille mit Blutungen. Nach Zunahme sämmtlicher Erscheinungen trat der Tod ein. Die *Sektion* ergab ein Medullarsarkom des Kleinhirnwurms mit Verdrängungserscheinungen in Grosshirn, Mittelhirn und Nachhirn.

In der Epikrise analysirt D. die einzelnen Krankheitserscheinungen bezüglich ihrer Zugehörigkeit zu den direkten oder indirekten Herdsymptomen und bringt seine Beobachtungen in Einklang mit den Ergebnissen physiologischer Forschungen Seitens Luciani's.

A. Boettiger (Hamburg).

78. **Zwei Fälle von asthenischer Bulbärparalyse**; von Prof. A. Kojewnikoff in Moskau. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 242. 1896.)

In der Mehrzahl der Fälle von asthenischer Bulbärparalyse bestehen nur motorische Störungen, jedoch ist das Uebergreifen auf sensible Theile möglich. Tief greifend sind meist die Veränderungen nicht; jedenfalls bietet gerade diese Krankheit Gelegenheit, Uebergänge von molekularen zu rein anatomischen Veränderungen anzunehmen.

I. Im 1. Falle K.'s trat unmittelbar nach einer starken Erkältung eine allmählich sich verschlimmernde Schwäche der Lippen, der Augenlider und des Schluckens auf. 3 Monate später fand man Ptosis links, Schwäche des oberen Facialis, Parese im unteren Facialis, Lähmung der Lippenmuskulatur, Schwäche der Kaumuskeln. Ebenso waren die Bewegungen der Zunge und des weichen Gaumens erschwert, das Schlucken unmöglich, auch die Stimme erlosch sehr rasch. Die elektrische Erregbarkeit war nicht verändert. Durch Ernährung mit der Schlundsonde gelang es, den sehr heruntergekommenen Kr. zu bessern. Dabei gingen in 2 Monaten alle Lähmungen so weit zurück, dass der Pat. wieder zu seinem Berufe zurückkehren konnte. 4 Monate darauf traten, wieder nach einer Erkältung, genau dieselben Beschwerden auf, die in kurzer Zeit sich wieder hoben. Dann blieb der Kr. etwa 1 Jahr lang gesund, um dann plötzlich einer Respirationslähmung zu erliegen.

II. Ein 17jähr. Mädchen erkrankte mit Schwäche der Lippenmuskulatur und Erschwerung der Sprache, Störungen, die mit Schwankungen zum Besseren etwa 4 Jahre lang anhielten. Dann trat eine Verschlimmerung auf, besonders nach Influenza. Es fand sich Ptosis sinistra, Lähmung des linken Abducens, die Pupillenreaktion war erhalten, die Muskulatur um den Mund herum wenig beweglich, Kauen erschwert, Geschmack stark herabgesetzt, Zunge atrophisch, Schlucken sehr erschwert, Sprache aphonisch, die hinteren Halsmuskeln paretisch und atrophisch. In den Gesichtsmuskeln und der Zunge fand man herabgesetzte elektrische Erregbarkeit, im Urin eine geringe Menge Zucker. Auch in den Armen und Beinen ermüdete die Kr. sehr rasch. Manchmal traten auch sehr schwere, stundenlang dauernde Erstickungsanfälle auf. Das Gesichtsfeld war eingeschränkt

und verengerte sich im Laufe jeder Prüfung immer mehr. Alle Augenmuskeln ermüdeten ausserordentlich leicht. Allmählich besserte sich der Zustand etwas, grosse Schwäche und leichte Ermüdbarkeit der befallenen Muskulatur blieben jedoch bestehen.

E. Hüfler (Chemnitz).

79. **Klinische und anatomische Beiträge zur Lehre von der spinalen Hemiplegie**; von Dr. Ludwig Mann. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. X. 1 u. 2. p. 1. 1896.)

Sowohl bei cerebraler, wie bei spinaler Hemiplegie geht die ursprüngliche Lähmung zurück, bis schliesslich nur noch bestimmte Muskelgruppen gelähmt bleiben; so bei der Beinlähmung die Dorsalflexoren des Fusses und die Beuger des Unterschenkels. Dieses dauernde Stadium kann man als residuäre Hemiplegie bezeichnen. Bezeichnet man die Muskeln, die beim Gange das Bein vorwärts bringen, als Verkürzer, die, die es vom Boden abstossen, als Verlängerer, so bleiben bei der Hemiplegie die Verkürzer gelähmt, während die Verlängerer entweder überhaupt verschont bleiben, oder sich wieder erholen. Als Beuger des Unterschenkels sind Sartorius und Gracilis zu betrachten, nicht auch Biceps, Semitendinosus und Semimembranosus, die beim Gange nur als Oberschenkelstrecker wirken.

Auch bei der Brown-Séquard'schen Halbseitenläsion findet sich nach M.'s Annahme nicht eine vollkommene Anästhesie, sondern nur eine dissociirte, indem die Schmerz- und Temperaturempfindung erloschen, die Tastempfindung für feinste Berührungen erhalten ist. Es wäre das ein Analogon zur motorischen Lähmung; es wäre also immer nur eine bestimmte Funktion ausgefallen; freilich gilt dies nicht für die cerebrale Anästhesie. Ist dies richtig, dann können Schmerz- und Temperaturempfindung, sowie Tastempfindung nicht in getrennten Bahnen verlaufen, da sonst sicher bei Verletzungen auch einmal die letztere erloschen sein müsste. Möglicher Weise steht den Berührungsempfindungen ausser einer ihnen eigenen Bahn auch die „Summationsbahn" für Schmerzleitung zur Verfügung. Sicher sind jedenfalls diese Verhältnisse noch lange nicht bekannt.

Im Ganzen stellt M. 102 Fälle von spinaler Hemiplegie aus der Literatur zusammen, von denen 50 ausscheiden wegen ungenügender Angabe der Sensibilitätverhältnisse. In 21 von den übrigen 52 bestand vollkommene Anästhesie, in 31 partielle.

Weiter bringt M. 6 Krankengeschichten bei spinaler Hemiplegie mit einem Autopsiebefunde.

Von diesen verdient besonders der letzte Fall eine Besprechung. Hier hatte sich im Anschluss an eine Halswirbelfraktur eine atrophische Lähmung der rechten Hand- und Unterarmmuskeln, sowie eine spastische Lähmung des rechten Beines von hemiplegischem Typus eingestellt. An der linken Körperhälfte bestand von der 3. Rippe abwärts dissociirte Anästhesie, ferner eine ebensolche rechtseitig halbgürtelförmige Zone von der 3. bis 12. Rippe, sowie an den Ulnarrändern beider Arme; ferner Atrophie der rechten Zungenhälfte, Herabsetzung des Geschmackes auf derselben, Lähmung des MM. intercostales. Ein rein halbseitiger Herd bestand also in diesem Falle nicht. Der Herd musste vom untersten bis etwa zum 5. Cervikalsegmente reichen.

Die Autopsie ergab zunächst rechts die völlige Zerstörung der Vorderhornzellen des 1., theilweise des 7. Cervikal- und des 1. Dorsalsegmentes. Ferner fand man totale Degeneration der rechten Pyramidenseitenstrangbahn, trotz des hemiplegischen Typus. Es müssen also doch wohl die verschonten Muskeln doppelseitig innervirt werden, und zwar müssen diese Bahnen wohl ziemlich zerstreut liegen, vielleicht allen centrifugalen Bahnen beigemischt sein, da sonst gelegentlich wohl auch einmal, wenn sie isolirt verliefen, der umgekehrte Lähmungstypus auftreten müsste. Vollständig zerstört war nur die ganze ventrale Hälfte beider Hinterstränge; die Berührungsempfindlichkeit war vorhanden, also müssen dafür wohl noch andere Bahnen offen stehen. Wahrscheinlich verlaufen die sensiblen Bahnen in den Seitenstrangresten.

E. Hüfler (Chemnitz).

80. **Ein Beitrag zur Differentialdiagnose der Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina**; von Dr. Georg Köster. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 431. 1897.)

Ein 45jähr., früher luetischer Mann erkrankte ziemlich plötzlich mit Parästhesien und Taubheitgefühl im Bereiche des Anus und der Rückseite beider Beine; dazu kamen gleichzeitig Störungen der Harn- und Stuhlentleerung, sowie der geschlechtlichen Funktionen. Ausser den sensiblen Störungen im Bereiche des Plexus sacralis und sacrococcygeus fand man nur noch eine Parese der Anussphinkteren, des Levator ani, des Ischiocavernosus und Bulbocavernosus. Ein peripherisches Nervenleiden konnte bei der Symmetrie des Leidens, bei dem Vorhandensein der Blasen- und Mastdarmstörungen, bei dem Fehlen der Schmerzen ausgeschlossen werden. Also kam nur eine Erkrankung der Wurzeln oder des Conus in Frage. Bei intensiven Schmerzen, die nach Kreuz oder Blase ausstrahlen, handelt es sich meist um eine Affektion der Cauda; ihr Fehlen spricht gegen diese Lokalisation. Es musste also an eine Conuserkrankung gedacht werden. Nun war der Fusssohlen- und Achillessehnenreflex erhalten, sogar etwas gesteigert; folglich musste dieses Centrum noch erhalten sein. Die Läsion musste bis zum ersten Sacralsegment heranreichen, wegen der Anästhesie, bis in das Lendenmark reichte sie jedoch nicht, da die Patellarreflexe erhalten, auch die übrigen Lendennerven unbetheiligt waren.

E. Hüfler (Chemnitz).

81. **Ein Beitrag zur Casuistik der Erkrankungen am unteren Ende des Rückenmarks**; von Dr. Paul Clemens. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 458. 1897.)

Ein 37jähr. Mann erkrankte allmählich mit ziehenden Schmerzen und Schwäche in den Beinen, sowie im After. Zugleich traten manchmal Incontinentia alvi und Blasenschwäche auf; ebenso erlosch die Potentia coeundi. Bei der Aufnahme wurde ausserdem ein in die Blase durchgebrochenes Darmgeschwür gefunden. Am Gesässe und an der hinteren Seite der Oberschenkel fand sich eine vollkommene Anästhesie in der bekannten Reithosenform; weiterhin waren anästhetisch Scrotum, Penis, Eichel, After. In der betheiligten Haut fanden sich einige Geschwüre. Auch Unterschenkel und Fuss waren hypästhetisch. Weiterhin war die Muskulatur beider Glutäalregionen stark atrophisch, ebenso die Wadenmuskulatur. Die medialen Theile der Glutäen reagirten nicht auf den elektrischen Strom, die lateralen Theile normal. An der Wadenmuskulatur, besonders links, war die Erregbarkeit herabgesetzt. Von Reflexen waren vorhanden der Cremaster-, Patella- und Plantarreflex, es fehlten der Achillessehnenreflex und der Glutäalreflex.

Weiterhin bestand die Impotenz und die Schwäche von Blase und Mastdarm.

Ganz zweifellos war die Diagnose nicht; sie schwankte zwischen Conus- und Caudaerkrankung, wenn auch das Fehlen des Schmerzes mehr für erstere sprach. Am wahrscheinlichsten kam ätiologisch ein sehr langsam wachsender Tumor in Betracht. E. Hüfler (Chemnitz).

82. **Centrale Hämatomyelie des Conus medullaris**; von Dr. H. Higier. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenhkde. IX. 3 u. 4. p. 184. 1896.)

Es handelte sich um eine junge Frau, die bei einer Feuersbrunst vom ersten Stocke auf die gepflasterte Strasse herab auf das Gesäss gestürzt war. Bei erhaltenem Bewusstsein trat darauf totale Paraplegie mit Unempfindlichkeit auf; daneben Retentio urinae et sedium. Allmählich verschwand die Lähmung der Beine vollkommen; es blieb nur eine dissociirte Anästhesie zurück, die die Regio glutaea und perinaea, sowie einen symmetrischen Streifen in der Mitte der Hinterfläche der Oberschenkel in Form eines Hufeisens einnahm. Unempfindlich waren ferner Anus, äussere Geschlechtstheile bis zum Mons Veneris, Schamlippen, Clitoris und Vagina. Und zwar war die Tastempfindlichkeit erhalten, die Empfindung für Schmerzen und thermische Reize erloschen. Der Stuhl konnte nicht lange gehalten werden; statt der früheren Retentio urinae trat Incontinens ein. 12 Monate nach dem Sturze wurde die Kr. ohne ärztliche Hülfe entbunden. Am 11. bis 12. Brustwirbel bestand eine geringe Deformität.

Jedenfalls musste der Hauptsitz der Krankheit tiefer gesucht werden, als die Deformität sich fand. Da motorische Störungen im Gebiete des Plexus sacrococcygeus bestanden, sensible im Gebiete des Plexus pudendalis, auch durch Betheiligung des N. cutan. fem. post. im Gebiete des Plexus ischiadicus, da ferner der im Gebiete des 2. bis 4. Lendennerven sich abspielende Patellarreflex vorhanden war, ebenso wie der noch weiter unten verlaufende Achillessehnenreflex, so musste die Affektion im Sacraltheile des Rückenmarkes oder in den ihm entsprechenden Nervenwurzeln zu suchen sein. Da der N. cutaneus femoris post. wahrscheinlich auch mit den Perineealnerven zusammen entspringt, so mussten Plexus ischiadicus und Plexus lumbalis unversehrt geblieben sein. Das Fehlen motorischer und trophischer Anomalien, das Fehlen von Schmerzen, die partielle Anästhesie sprechen entschieden für einen centralen Sitz, in diesem Falle für eine centrale Hämatomyelie. Dass die Erweichung nicht immer an der Stelle des Trauma sitzt, ist schon öfter beobachtet.

H. giebt hierauf einen literarischen Ueberblick über die bisher beobachteten Fälle von Conuserkrankung. Meist liegt Verletzung eines Lendenwirbels vor. Zuerst folgt die complete Paraplegia dolorosa inferior mit Retentio urinae et sedium. Von den Sensibilitätsstörungen bleibt die oben beschriebene Anästhesie übrig; die Lähmungen gehen zurück, bis auf die Incontinens, sowohl der Blase wie des Mastdarms. Die Patellarreflexe sind meist erhalten; die Achillessehnenreflexe abgeschwächt. Meist bleibt dieser Zustand stationär, oft aber tritt auch noch nach Jahren eine Verschlimmerung ein (Gliose), die zum Tode führt. E. Hüfler (Chemnitz).

83. **Ein Fall von vorwiegend bulbärer Syringomyelie**; von Dr. Th. Hitzig in Zürich. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 362. 1897.)

In einem Falle von zweifelloser Syringomyelie mit bilateralen Störungen im Gebiete der Spinalnerven und unilateralen bulbären Symptomen, Atrophien, Contrakturen, Schrundenbildung, dissociirter Empfindungslähmung u. s. w. waren einige Befunde von besonderem Interesse. Zunächst fand sich neben der Läsion im Gebiete des Trigeminus eine deutliche Hypertrophie der Gesichtshälfte, verbunden mit Schlaffheit der Gesichtszüge, pathologischer Vergrösserung der Ohrmuschel.

Die Lähmung des Gaumensegels und des Stimmbandes musste durch eine Vagusläsion erklärt werden, der Accessoriuskern war nicht betheiligt. Mithin kann der innere Ast des Accessorius bei der motorischen Versorgung des Gaumensegels und Kehlkopfes nicht betheiligt sein.

Der Kranke hatte sich bei seiner Arbeit vielfach Schwielen und Schrunden zugezogen; möglicher Weise führte eine von da entstandene ascendirende Neuritis schliesslich zur Rückenmarksaffektion [!].

E. Hüfler (Chemnitz).

84. **Anatomische Beiträge zur Kenntniss der sogenannten Syringomyelie**; von Dr. F. Saxer. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 2. p. 332. 1896.)

S. will in der sehr ausführlichen Arbeit sich mit einigen Streitfragen in der Lehre von der Syringomyelie beschäftigen, so mit der Frage nach den durch Entwickelungsanomalien begründeten Ursachen der Krankheit und nach der Betheiligung des Centralkanalepithels bei den primären Processen; vor Allem will er in's Auge fassen, ob es überhaupt durchführbar ist, vom anatomischen Standpunkte aus die Pathogenese und das Wesen der Syringomyelie einer einheitlichen Darstellung zu unterwerfen, einen einheitlichen anatomischen Begriff „Syringomyelie“ aufzustellen. Er hat zu diesem Zwecke das Nervensystem in 6 Fällen untersucht. Soviel aus den etwas unklaren und unvollständigen Krankengeschichten zu ersehen ist, handelt es sich in allen 6 Fällen *nicht* um das doch sehr charakteristische *klinische* Bild der Syringomyelie, sondern um allerlei andere Krankheitbilder. Es würde zu weit führen, die einzelnen Beobachtungen zu besprechen; sie müssen im Originale nachgelesen werden. So eigenartig wie die klinischen Bilder sind nun auch in vielerlei Hinsicht nach Ansicht S.'s die durch genaue mikroskopische Untersuchung gefundenen anatomischen Veränderungen. Diese verlieren nur leider durch die Eigenartigkeit des ganzen Materiales an thatsächlichem Interesse. S. findet selbst, dass nicht ein einziger der Fälle dem Typus entspricht, der von Hoffmann und Schlesinger in ihren bekannten Monographien beschrieben worden ist.

S. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu folgenden Ansichten: es sei keineswegs unmöglich, dass congenitale Anomalien eine Rolle bei der Entstehung von Höhlenbildungen spielen; er halte aber die Annahme einer solchen Genese für eine grössere Gruppe von Syringomyeliefällen nicht für erwiesen. Nach seiner Ansicht ist ferner die Vereinigung von Centralkanal und Höhle nur sekundär und für die Genese des Processes ganz bedeutungslos; und was die Rolle des Centralkanalepithels bei der Gliaeubildung betrifft, so ist diese noch nicht klargestellt; jedenfalls aber ist es nicht richtig, dass, wie andere Autoren wollen, die Gliaproduktion ausschliesslich vom Epithel aus-

gehen soll. Endlich lehren S. seine Beobachtungen, dass Höhlenbildungen im Rückenmarke aus den allerverschiedensten Ursachen zu Stande kommen und die Folgen der verschiedensten Processe sind. Das Wort „Syringomyelie" involvire daher keinen anatomischen Begriff.

Von allgemeineren Befunden wäre schliesslich noch zu erwähnen, dass S. in seinem ersten Falle eine ganz bedeutende Neubildung von Nervenfasern im Rückenmarke gefunden und beobachtet zu haben glaubt. A. Boettiger (Hamburg).

85. **Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und der toxischen Psychosen**; von E. Hallervorden. (Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 661. 1897.)

Neben den *infektiösen Puerperalpsychosen* giebt es noch eine grosse Menge theils ähnlicher, theils anderer, jedoch *nicht febriler* geistiger Erkrankungen *puerperalen* Ursprunges. Da diese (Melancholie, Manie, cirkuläre Krankheiten und Wahnsinn) auf toxische Einflüsse zurückgeführt werden müssen, so kann man daraus folgern, dass auch die ausserhalb des Wochenbettes bei gewissen analogen Stoffwechselstörungen entstehenden Psychosen als toxisch verursachte Krankheiten aufzufassen sind, es würde sich damit ein neuer Angriffspunkt für die Behandlung zahlreicher Psychosen eröffnen. Wie bei den puerperalen Neuritiden ein fliessender Uebergang von den rein febrilen, mit typischer Lokalisation zu nicht febrilen ausgebreiteteren Lähmungen besteht, so auch bei den puerperalen Psychosen. Betreffs der Statistik kommt H., indem er die der Gebärhäuser und die der Irrenanstalten sich ergänzen lässt, zu dem Ergebnisse, dass von drei geisteskranken Müttern eine *puerperal* erkrankt ist. Unter 105 Puerperalpsychosen fand H. nach Abzug der infektiösen, bez. febrilen, ferner der mit hereditärer Belastung einhergehenden und schliesslich der, bei denen eine Gemüthsbewegung ätiologisch verantwortlich gemacht werden konnte, noch 25 Fälle, in denen, mangels jeglicher anderweitiger Aetiologie, an einen specifischen Einfluss des Puerperium zu denken war, nämlich 4 Melancholien, 2 Melancholien mit folgender Exaltation, 2 Manien, 1 Manie mit folgender Melancholie, 4 Amentiafälle, 2 Hysterien (sicher frei von erblicher Belastung), 1 cirkulären Fall, 1 periodische Manie, 3 Fälle depressiven, 5 Fälle exaltirten Wahnsinns. Zur Erläuterung der Pathogenese der nicht infektiösen puerperalen Nervenkrankheiten, bez. Psychosen werden zunächst die physiologischen Beziehungen zwischen Generationphase und Centralnervensystem eingehend betrachtet. Mit der Generation, hauptsächlich der ersten, verbindet sich beim Weibe ein Nachschub der Gehirnentwickelung, ein Reifungsfortschritt der Persönlichkeit. „Eine Frau, die nicht geliebt und geboren hat, bleibt cerebral incomplet, und ihre Seele um eine lichtbrechende Facette ärmer". Ebenso sind Stimmungschwankungen in der Schwangerschaft etwas Gewöhnliches und die Steigerung der Reflexe während derselben festgestellt. In dieser nervösen Labilität finden die ebenfalls in der Schwangerschaft und am meisten im Puerperium stattfindenden, vom Stoffwechsel ausgehenden (physiologischen und) pathologischen Einflüsse einen fruchtbaren Boden. Diese Stoffwechselveränderungen, bei denen intermediäre Produkte entstehen und als Nervengifte Autointoxikationen veranlassen können, während sie normaler Weise anderweitige Metamorphosen eingehen und ausgeschieden werden, beruhen auf verminderter Oxydation und Entstehung von Säuren und solchen Alkaloiden, die zur Autointoxikation führen. Die gesteigerte Ausscheidung von NH_3, dessen vermehrtes Auftreten bei Diabetes H. schon vor Jahren nachgewiesen hat, ist ein Giftindikator für Nervenkrankheiten; es deutet auf besondere saure Stoffwechselprodukte, die mit NH_3 ständige Begleiter der Alkaloide und unter Umständen selbst Gifte sind. Der Zusammenhang z. B. zwischen NH_3 und β-Oxybuttersäure ist bekannt. Das Wochenbettfieber, wenn es sich innerhalb gewisser Grenzen bewegt, braucht nicht auf Infektion zu beruhen, sondern schon psychische Alterationen können bei dem labilen, genügende Resorptionmaterialien bietenden Stoffwechsel toxisches Fieber bewirken; an dieses oder mit anderen Worten an die primär entstandene Gemüthsbewegung, bez. Psychose kann sich allerdings dann auch ein specifisch infektiöses Fieber anschliessen. Bresler (Freiburg i. Schl.).

86. **Ein genesener Paralytiker**; von Dr. Schaefer in Langenhorn. (Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 5. p. 786. 1897.)

Die Zahl der bekannt gewordenen Fälle von nach starker Eiterung eingetretener Genesung von Paralyse (im Ganzen nur 7, die ersten 6 siehe Nasse, Irrenfreund 1870, den 7. bei Tuczek, Beiträge u. s. w. 1884), wird hier um einen weiteren vermehrt. Bei dem circa 40jähr., mit etwa 25 Jahren syphilitisch inficirten und mit Schmierkur behandelten Paralytiker war etwa 18 bis 20 Monate nach Beginn der Erkrankung eine Remission eingetreten. Beim Wiederausbruch der Erregung (die Paralyse verlief in der expansiven Form) complicirte Fraktur einer Tibia; die Heilung der Fraktur nahm den denkbar ungünstigsten Verlauf, in circa $1\frac{1}{2}$ Monaten wurden gegen 35 Liter Eiter abgesondert; auch trat noch eine Pneumonie hinzu. Unter der damit verbundenen grossen Erschöpfung erfolgte ein Abklingen der Erregung, leichte Depression stellte sich ein, der Kranke gewann Krankheitseinsicht und gesundete geistig gänzlich. Die Amputation wurde erst in der Reconvalescenz vorgenommen. Der „ehemalige" Paralytiker starb 8 Jahre später in geistiger Gesundheit an Pneumonie. Die Paralyse hatte etwas über 2 Jahre gedauert. Bresler (Freiburg i. Schl.).

87. **Weitere Mittheilungen über Schilddrüsentherapie bei kropfleidenden Geisteskranken**; von G. Reinhold. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 52. 1895.)

R. kommt nach Behandlung von 12 Geisteskranken verschiedener Art mit Schilddrüse zu

dem Resultate, dass „eine günstige Beeinflussung der Psychose von derselben nicht zu erwarten" ist. Die parenchymatösen Strumen nahmen dabei rasch an Grösse ab.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

88. **Some observations on the effect of thyroid feeding on the insane**; von Ch. G. Hill. (Transact. of the Med. and Chir. April 1896. p. 30.)

H. behandelte 40 Geisteskranke, hauptsächlich Demente, aber auch Melancholische und Manische mit Thyreoidin: 8 blieben unverändert, 12 wurden gebessert, 14 wesentlich gebessert, 5 geheilt, 1 starb. Temperaturerhöhung, doch in keiner constanten Beziehung zur Tageszeit und individuell sehr verschieden, kam während der Behandlung oft vor; ferner Pulsbeschleunigung bis 150, aber auch Verlangsamung bis 40; Erbrechen, Appetitlosigkeit, Salivation, profuser Schweiss. Vermehrung der festen Bestandtheile im Urin, Phosphate, Sulphate, Chloride, Harnstoff; Albuminurie in 4 Fällen, Glykosurie seltener; die Ausscheidung von Eiweiss und Zucker war sehr inconstant, dauerte häufig nur einen Tag. Zuweilen fanden sich Oedeme des Gesichts und der Glieder. Das in manchen Fällen vorhandene cyanotische Aussehen der Haut liess nach; die Haut schuppte sich ab und die schmutzig-ikterische Farbe der Melancholischen schwand. Die Menstruation wurde günstig beeinflusst, ebenso die Geschlechtsfunktionen. Anfangs Abnahme des Gewichtes, später wieder Zunahme. Geistige Beeinflussung: „Man glaubt in die Zeiten des Wunders versetzt zu sein, der Traum der Alchemisten scheint in Erfüllung gegangen, die Leuchte Aladins scheint ihr magisches Licht zu verbreiten, wenn man heftig erregte Maniaci, die nur Schloss und Riegel zu bewältigen vermochten, ruhig und lenksam werden und in 48 Stunden friedlich arbeiten ..... oder den stumpfen, hoffnungslos verlorenen Blödsinnigen, der Jahre lang kein Wort gesprochen hat und bereits jeglichen Schimmers von Intelligenz baar scheint, gierig nach einem Buche greifen oder freundlich mit seinem Nachbar plaudern und das geistige Chaos überbrückend sein Gedächtniss von Neuem schärfen sieht" [!].

Auf der Voraussetzung, dass viele Formen von Geistesstörung toxischen Ursprung haben und eine antitoxische Behandlung erheischen, wie wahrscheinlich auch die Wirkung der Schilddrüsensubstanz eine antitoxische sei, erhebt sich der prophetische Geist des Verfassers zu der Weissagung, dass der Therapeut der Zukunft für jede Geisteskrankheit ein besonderes Antitoxin besitzen werde.

Bresler (Freiburg i. Schl.).

89. **L'obsession de la rougeur (éreuthophobie)**; par A. Pitres et E. Régis. (Arch. de Neurol. 3. S. III. 13. p. 1. 1897.)

Die Vff. beschreiben das krankhafte Erröthen Nervöser und schildern je nach der Reaktion des Erröthenden 3 Grade, die einfache Erenthophobie (ἐρευθύς = Schamröthe), die mit Erregung und die mit Besessenheit, d. h. die, bei der Gedanke an und die Pein durch das Erröthen den Kranken ganz besitzt. Diesen 3. Grad haben die Vff. 8mal beobachtet, und zwar bemerkenswerther Weise 7mal bei nervösen Männern, nur 1mal bei einem hysterischen Weibe. Alle, bis auf einen (37jähr.), waren zwischen dem 20. und dem 30. Jahre, alle waren Entartete mit allerhand nervösen Zuständen. Auch im Uebrigen kehrten immer dieselben Angaben wieder. Das häufige und starke Erröthen war schon in der Kindheit bemerkt worden. Harte Winterkälte und Sommersonne bewirkten weniger häufiges Auftreten der Röthe, sie nahm zu bei warmem trübem Wetter. Sobald die Kr. irgend welchen Menschen entgegentreten, kommt ihnen der Gedanke, sie möchten erröthen, und schon steigt die Röthe auf, die Angst überfällt sie, das Herz pocht, die Stirne bedeckt sich mit Schweiss, schwitzende stechende Gefühle zeigen sich in Hals und Kopf. Die Röthe ist bald hell, bald dunkel, bis zum tiefen Scharlachroth; sie scheint in der Regel nur an Hals und Kopf aufzutreten. Während sie besteht, fühlen sich die Kranken gewöhnlich wie benommen, sie können an nichts Anderes denken, achten nicht auf Das, was sie sagen. Meist verschwindet die Röthe rasch wieder und lässt die Kranken verstimmt und abgespannt. Diese werden durch die unaufhörliche Wiederkehr der Anfälle zur Verzweiflung getrieben, reden von Selbstmord, ziehen sich von aller Gesellschaft zurück, mögen am Tage überhaupt nicht mehr ausgehen u. s. w.

Die Vff. theilen verschiedene Krankengeschichten mit und gehen dann auf theoretische Erörterungen ein, über den Zusammenhang zwischen vasomotorischen Veränderungen und Gemüthsbewegungen nach Lange u. A., Dinge, die auf sich beruhen mögen.

[Es ist wohl nicht richtig, das krankhafte Erröthen mit den übrigen Obsessions zusammenzuwerfen, denn das Wesentliche ist das Erröthen selbst, die Obsession aber ist nur sekundär.

Ref. hat schon 1881 auf einen Fall von übermässigem Erröthen hingewiesen. Die Pat. war eine Entartete ohne Hysterie. Kam sie mit Menschen zusammen, so wurden Gesicht und Hals dunkelroth und blieben es stundenlang, die Arterien schlugen, die Kr. war voll Angst und anderer peinlicher Empfindungen. Sie lebte ganz abgeschieden. Vom 30. Jahre an nahm das Erröthen ab, hörte aber nicht auf. Mit 38 Jahren bekam die Kr. ein délire d'emblée und starb nach einigen Wochen an Pneumonie.]

Möbius.

VI. Innere Medicin.

90. **Ueber Tuberkulose.** (Vgl. Jahrbb. CCL. p. 135.)

Tuberkulose bei Thieren.

1) *La tuberculose chez les animaux dans ses rapports avec la tuberculose humaine;* par le Dr. Leray. (Gaz. des Hôp. LXIX. p. 146. Déc. 19. 1896.)

2) *Spontane Lungentuberkulose einer Ziege;* von Dr. A. Bulling. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 20. 1896.)

Ueber Tuberkulose bei Thieren liegen dieses Mal nur 2 Arbeiten vor. Leray (1) stellt die bekannt gewordenen Angaben über die Häufigkeit der Tuberkulose bei unseren Hausthieren zusammen, erörtert, in welcher Weise die Krankheit von den Thieren auf die Menschen und umgekehrt übertragen werden kann, und führt die üblichen Vorsichtsmaassregeln an. Dass die Tuberkulose der Menschen und die der Säugethiere ein und dieselbe Krankheit sind, daran zweifelt Niemand mehr, über die in vieler Beziehung recht eigenthümliche Tuberkulose der Vögel (vgl. unsere früheren Zusammenstellungen) ist man sich immer noch nicht ganz klar.

Bulling (2) erzählt von einer *Ziege*, die im pathologischen Institute zu München getödtet wurde und bei der sich eine mässig vorgeschrittene Tuberkulose der Lungen fand. Alle anderen Theile waren gesund, namentlich auch die Mesenterialdrusen. — Das Thier hatte wohl etwas gehustet, war aber für vollständig gesund gehalten worden.

Vielleicht ist die Tuberkulose bei Ziegen doch nicht so selten, wie man allgemein annimmt!

Tuberkelbacillen. Diagnose.

3) *Smegma- und Tuberkelbacillen;* von Dr. Grethe. (Fortschr. d. Med. XIV. 9. 1896.)

4) *Smegma- und Tuberkelbacillen;* von Dr. R. Bunge u. Dr. A. Trantenroth. (Ebenda 23. 24.)

5) *Wirkung des Sonnenlichtes auf die Virulenz der Tuberkelbacillen;* von Dr. Migneco. (Arch. f. Hyg. XXV. 4. p. 361. 1896.)

6) *On some cases of chronic non-tuberculous pneumonia and the clinical value of inoculation experiments in guinea-pigs in the diagnosis of pulmonary tuberculosis;* by Thomas Harris. (Brit. med. Journ. April 11. 1896.)

7) *De la simulation de la tuberculose pulmonaire par certaines infections bronchiques aigues;* par le Dr. E. Cassaët. (Arch. clin. de Bordeaux L. 10. 1896.)

8) *Pseudo-tuberculose;* par le Prof. Du Cazal. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. IX. Juin 13. 1895.)

9) *The diagnosis of early phthisis;* by Llewellyn P. Bardour. (New York med. Record XLIX. 24; June 13. 1896.)

10) *The diagnosis of tuberculosis from the morphology of the blood;* by A. M. Holmes. (Ibid. L. 10; Sept. 5. 1896.)

11) *Sur la diminution de la concavité des sommets pulmonaires avec absence de toute altération pathologique de leur tissu;* par le Dr. V. M. Kernig. (Arch. russes de Pathol. etc. II. p. 61. Janv. 31. 1897.)

12) *Das Verhalten des Zwerchfellphänomens bei Lungentuberkulose;* von Dr. E. Rumpf. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6. 1897.)

Die Smegmabacillen und die Koch'schen Stäbchen haben in ihrem Aussehen, vor Allem aber in ihrem Verhalten verschiedenen Färbemitteln gegenüber eine ausserordentliche Aehnlichkeit. Sie sind bereits mehrfach mit einander verwechselt worden und diese Verwechselung hat zu recht unangenehmen Irrthümern, unter Anderen auch zu unnöthigen Operationen, Anlass gegeben. Grethe (3), sowie Bunge und Trantenroth (4) führen Beispiele für das Bedenkliche derartiger Verwechselungen an, besprechen die Aehnlichkeit beider Bacillenarten und erörtern die Möglichkeit, sie von einander durch die künstliche Färbung zu unterscheiden. Alle Methoden, bei denen nur Säuren zur Entfärbung benutzt werden, sind hierzu vollkommen unbrauchbar, da die Smegmabacillen durch Säuren eben so wenig entfärbt werden, wie die Tuberkelbacillen, auch Säuren und verdünnter Alkohol sind ungenügend, zuverlässig ist nur eine mindestens 5 Minuten lange Entfärbung in wasserfreiem Alkohol. Für den gewöhnlichen Gebrauch ist augenscheinlich die Methode von Weichselbaum am meisten zu empfehlen: gewöhnliche Färbung in Carbolfuchsin und nach dem Abspülen längeres Einlegen in concentrirtes alkoholisches Methylenblau. Alles rothe sind Tuberkelbacillen. Zu vermuthen sind Smegmabacillen vor Allem an den Genitalien (im Harne!), aber auch an Ohr, Nase, Mund und an den verschiedensten Stellen der äusseren Haut.

[Migneco (5) hat Leinen- und Wollstoffe mit tuberkulösem Auswurf bestrichen und während der heissesten Tagesstunden im Garten dem direkten Sonnenlichte ausgesetzt. Nach verschieden langer Zeit wurden Streifen davon abgeschnitten und unter die Haut von Meerschweinchen gebracht, oder in sterilisirtem Wasser aufgeweicht, ausgepresst und die so erhaltene Flüssigkeit wurde Meerschweinchen unter die Haut oder in den Bauch gespritzt. Es ergab sich, dass sich die Virulenz der Tuberkelbacillen allmählich nach 10—15stündiger Einwirkung des Sonnenlichtes abschwächt, um nach 24—30 Stunden gänzlich zu erlöschen. Für Leinen- und Wollstoffe waren die Resultate fast übereinstimmend.

Woltemas (Diepholz).]

Auf die Arbeiten 6—10 brauchen wir nicht näher einzugehen. Dass es chronische und akute Lungenkrankheiten giebt, die ganz ähnlich der Lungentuberkulose verlaufen und zu Verwechselungen mit ihr Anlass geben können, ist bekannt genug. Ebenso, dass in diesen Fällen meist eine sorgfältige Untersuchung des Auswurfes, unter Umständen seine Verimpfung auf Meerschweinchen, entscheidet. Die Angaben von Holmes (10) über das eigenthümliche Verhalten der Leukocyten bei Tuberkulösen, scheinen uns noch recht sehr der Bestätigung zu bedürfen.

Kernig (11) macht besonders darauf aufmerksam, dass man bei alten oder sehr elenden

Leuten nicht selten eine (atelektatische?) Lungenspitzendämpfung findet, die diagnostisch gar keinen Werth hat.

Rumpf (12) hat bei den Kranken des Turban'schen Sanatorium in Davos auf das Verhalten des Litten'schen Zwerchfellphänomens geachtet, meint aber zum Schlusse, dass damit nicht viel anzufangen sei. „Die Diagnose einer Lungentuberkulose ist durch einen normalen Zwerchfellsbefund keineswegs ausgeschlossen, und ein abnormer Befund kann eben so wohl durch alle möglichen anderen Krankheiten oder Zufälligkeiten verursacht werden.“

Aetiologie.

13) *Wie wird man tuberkulös? Bekenntnisse des Menschenfeindes T. B.;* von Dr. G. H. Groeningen. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. Kl. 8. 132 S.

14) *Studien zur Lungentuberkulose;* von Dr. M. Kirchner. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXI. 3. p. 493. 1896.)

15) *A further study of tuberculous infection of dust;* by Irwin H. Hance. (New York med. Record LI. 7. Febr. 13. 1897.)

16) *Bovine tuberculosis as a factor in the production of human tuberculosis, through the use of meat and milk;* by D. H. Bergey. (New York med. News LXX. 4. Jan. 23. 1897.)

17) *Ueber die Verwendung tuberkulösen Fleisches zu Genusszwecken;* von Dr. O. Rumpel. (Arch. f. Hyg. XXVI. 4. p. 386. 1896.)

18) *Ueber Darmfäulniss nach Verfütterung von Fleisch tuberkulöser Rinder;* von Dr. Kutscher in Berlin. (Ebenda XXVII. 1. p. 34. 1896.)

19) *Ueber einen Fall von Impftuberkulose;* von Dr. Karl Ritter v. Hofmann. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 14. 1896.)

20) *Die Tuberkulose der Tonsillen vom klinischen Standpunkte;* von Dr. Hans Ruge. (Virchow's Arch. CXLIV. 3. p. 431. 1896.)

21) *Pharynx- und Gaumentonsille, primäre Eingangspforten der Tuberkulose;* von Dr. Georg Gottstein. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 31. 32. 1896.)

22) *Ueber primäre latente Tuberkulose der Rachenmandelhyperplasie;* von Dr. F. Pluder und Dr. W. Fischer. (Arch. f. Laryngol. IV. p. 372. 1896.)

23) *The aetiology and treatment of chronic enlargements of lymphatic glands, with special reference to those of the neck;* by James H. Nicoll. (Glasgow med. Journ. XLV. 1. 1896.)

24) *Tuberkulöse Halsdrüsen im Zusammenhang mit cariösen Zähnen;* von Dr. Hugo Starck. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 7. 1896.)

25) *Zur Aetiologie der tuberkulösen Affektionen der Mundhöhle;* von Dr. v. Jaruntowski. (Ebenda XLII. 18. 1895.)

26) *Der gegenwärtige Stand der Lehre von der Vererbung der Tuberkulose;* von Dr. Koloman Szegö. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 328. 1897.)

27) *Zur Hereditätslehre der Tuberkulose;* von Dr. Felix Wolff. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 40. 1896.)

28) *Die Häufigkeit und die Verbreitung der Tuberkulose, insbesondere der Lungentuberkulose im Königreiche Sachsen in früheren Jahren und in der Gegenwart;* von Prof. Merbach. (Jahresber. d. Gesellsch. f. Natur- u. Heilkde. in Dresden 1896. p. 86.)

29) *Zur Tuberkulose-Statistik in Bayern;* von Dr. Ferdinand May. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10. 1897.)

Groeningen (13) schildert in Novellenform als Bekenntnisse des Tuberkelbacillus die verschiedene Art und Weise, wie der Mensch tuberkulös werden kann. Wir halten es für unbedingt richtig, dass die Aetiologie der Tuberkulose möglichst vielen Menschen möglichst klar und eindringlich vor Augen geführt wird, die Form, in der Gr. dies thut, entspricht aber ganz und gar nicht unserem Geschmack.

Kirchner (14) tritt dagegen auf, dass von Einzelnen immer noch behauptet wird, das Tuberkelgift werde nicht so ohne Weiteres mit dem Staube eingeathmet. Zweifellos kann es das werden. Es sind bereits in Staub ganz verschiedener Herkunft Tuberkelbacillen nachgewiesen worden. K. fand sie neuerdings in der Montirungskammer einer Infanterie-Compagnie in Braunschweig, also in einem Raume, der mit Kranken gar nichts zu thun hat.

Hance (15) hat in New York in dem Staube der verschiedensten Oertlichkeiten Tuberkelbacillen nachgewiesen. Sie fehlten in gut gehaltenen Wohnungen, waren in unsauberen reichlich vorhanden. Am bedenklichsten erscheint ihr Nachweis in verschiedenen Strassenbahnwagen. Helfen kann nur eine gewisse Ueberwachung der unsauberen Phthisiker und die allergrösste Reinlichkeit.

Bergey (16) macht auf die Gefahr aufmerksam, die der Genuss von Fleisch und Milch tuberkulöser Thiere mit sich bringt, und bespricht die bekannten Vorsichtmaassregeln.

[Rumpel (17) stellte fest, dass das Fleisch perlsüchtiger Rinder einen guten Nährwerth hat. Wenn die oft gestellten Anforderungen erfüllt werden (vollständiges Ausschliessen des Fleisches von Thieren, bei denen eine *allgemeine* Infektion vorliegt, oder bei denen unmittelbar vor dem Schlachten fieberhafte Allgemeinerscheinungen herrschten, oder die bereits abgemagert waren, gründliches Abkochen u. s. w.), so wird man das Fleisch perlsüchtiger Rinder zum Genuss zulassen können, womit aber keineswegs gesagt sein soll, dass dieses Fleisch durchaus in allen Beziehungen als dem gesunden gleichwerthig zu betrachten ist.

Kutscher (18) verfütterte Fleisch von gesunden und von tuberkulösen Thieren an Hunde und stellte durch Bestimmung der Aetherschwefelsäure im Harne fest, dass sowohl tuberkulös erkrankte Organe, als auch das gesunde Fleisch tuberkulöser Rinder in höherem Grade der Darmfäulniss verfallen, als Organe und Fleisch gesunder Thiere. Ficker (Leipzig).]

[Der Fall von v. Hofmann (19) schliesst sich den bekannten Beispielen von Impftuberkulose an. Eine 44jähr. Frau stach sich mit einer Nadel in den Zeigefinger, die sie häufig bei der Ausbesserung der Wäsche ihres an Lungentuberkulose leidenden Sohnes gebraucht hatte. Am nächsten Tage war der ganze Finger geschwollen und schmerzhaft. 6 Tage später wurde er incidirt, während der Heilung der Wunde bildete sich aber neben dem Nagel ein langsam um sich greifendes Geschwür. 18 Monate später wurde dieses Geschwür ausgekratzt, einige Tage nach der Operation kam es zu einer Lymphangitis am Vorderarme, nach deren Heilung

eine Reihe von Knötchen in der Haut hinterhlieb, die sich vom Handgelenke bis in den Sulcus bicip. ext. erstreckten, auch am Handrücken bildeten sich ähnliche Knötchen, die aufbrachen. Die Cubitaldrüse blieb frei, während die Achseldrüsen inficirt wurden. Nach Enucleation des Zeigefingers und Exstirpation der Knötchen und der Achseldrüsen kam es in 3 Wochen zur Heilung; die anatomische Untersuchung ergab, dass es sich um Tuberkulose handelte. Woltemas (Diepholz).]

Eine ganze Anzahl von Arbeiten beschäftigt sich dieses Mal mit der *Tuberkulose des Mundes und der Rachentheile*. Immer mehr bricht sich die Ueberzeugung Bahn, dass die Tuberkelbacillen in diesen Theilen durchaus nicht so selten sind, wie man früher vielfach angenommen hat, und dass sie sie, vor Allem die Mandeln, wahrscheinlich öfters als Eingangspforte in den Körper benutzen.

Ruge (20) berichtet aus der Gerhardt'schen Klinik in Berlin über ein kräftiges, blühend aussehendes, nicht belastetes Mädchen von 18 J., das Jahre lang an grossen, die Sprache und das Schlucken störenden Mandeln gelitten hatte und dann an einer Tuberkulose der Halswirbel erkrankte. Die Untersuchung ergab in den Mandeln ausgedehnte alte und frische Tuberkulose und R. ist überzeugt davon, dass die Tuberkelbacillen von hier aus in den Knochen eindrangen. Alle anderen Organe der Kr. waren sicherlich gesund.

R. theilt noch eine ältere Krankengeschichte mit, in der die Verhältnisse ganz ähnlich lagen, und berichtet dann über die Untersuchung von 18 theils Lebenden, theils Leichen entnommenen Mandeln. In 6 fand R. Tuberkulose, alle 6 gehörten aber Phthisikern an, so dass dieser Befund für das Vorkommen der primären Mandeltuberkulose nichts bedeutet.

Dass das Erkennen der Mandeltuberkulose durchaus nicht leicht ist, wissen wir bereits aus früheren Arbeiten. Makroskopisch sieht man den Mandeln gar nichts Besonderes an, es bedarf einer sehr sorgsamen mikroskopischen Untersuchung.

Gottstein (21) verfügt über 6 Fälle von *„primärer" Tuberkulose der Rachen-, bez. Gaumentonsille.* Alle 6 Fälle gaben sich klinisch durch nichts Besonderes als solche zu erkennen, sie wurden gefunden bei einer Untersuchung von mehr als 30 Pharynx- und mehr als 20 Gaumentonsillen.

Der 1. Fall betraf ein 12jähr., gesund aussehendes Mädchen, das wegen Verstopfung der Nase das Ambulatorium von Störk aufsuchte. Man fand im Nasenrachenraume grosse „adenoide Vegetationen" und in diesen zahlreiche Tuberkelbacillen. Lungen gesund. *Einzelne kleine Nacken- und Halsdrüsen.*

Im 2. Falle ist die „Primärität" der Rachentuberkulose zweifelhaft. Die 20jähr. Kr. war tuberkulös belastet, hatte ein Kehlkopfgeschwür und bot einige Wochen nach Herausnahme der tuberkulösen Rachenwucherungen eine zweifellose Lungenphthise dar.

Die 3. Kr., ein 10jähr. Mädchen, erschien bis auf ihre vergrösserten Mandeln vollkommen gesund. Diese wurden herausgenommen und erwiesen sich als tuberkulös.

Ganz ähnlich ist Fall 4. 10jähr., kräftiger Junge. Sehr grosse Mandeln. Eine wurde herausgenommen und war tuberkulös. Später wurden auch noch adenoide Vegetationen aus dem Nasenrachenraum entfernt, sie enthielten aber keine Bacillen. Sonst Alles gut. *Leichte Schwellung der Nacken- und Halsdrüsen.*

5. Fall. 22jähr. Kürschnergeselle mit Acne rosacea der Nase. Tuberkulose der einen vergrösserten Rachen- und der Gaumentonsille. Lunge gesund. *Geringe Schwellung der Nacken- und Halsdrüsen.*

Fall 6 endlich ist durch die lange Zeit der Beobachtung werthvoll. Im 8. Lebensjahre wurde die Kr. wegen Drüsenschwellungen am Halse operirt, im 12. wurden ihr „adenoide Vegetationen" herausgenommen, die tuberkulös waren. Jetzt ist das Kind ein 18jähr., blühendes, gesundes Mädchen.

Die Ausführungen G.'s über die Art und Weise der Infektion in derartigen Fällen enthalten nichts Neues. Es ist sehr wahrscheinlich, dass bereits vor dem Eindringen der Tuberkelbacillen Rachen- und Gaumentonsille krankhaft vergrössert sind. Die Prognose dieser Tuberkulose ist augenscheinlich sehr günstig. Jedenfalls ist es nach G. rathsam, möglichst alle vergrösserten Rachen- und Gaumentonsillen zu entfernen, da man nie wissen kann, ob sie nicht tuberkulös sind. Die zweifellos sehr wichtige Anschwellung der Nacken- und Halsdrüsen ist diagnostisch nicht viel werth, da sie sich auch bei nicht tuberkulöser Mandelhyperplasie findet. (Vgl. Buttersack, Jahrbb. CCL. p. 124.)

[Pluder u. Fischer (22) fanden unter 32 vergrösserten Rachenmandeln, die sie ohne Auswahl mikroskopisch untersuchten, in 5 Tuberkulose. Die Besitzer dieser Mandeln waren nur zum Theil tuberkulös belastet, keiner bot das Bild der Scrofulose dar, bei keinem war sonst Tuberkulose im Körper nachzuweisen. Die tuberkulösen Rachenmandeln unterschieden sich makroskopisch durch nichts von gewöhnlichen hypertrophischen Rachenmandeln. Die Tuberkulose war nur mikroskopisch nachzuweisen, und zwar fanden sich typische Tuberkelknötchen mit beginnender Verkäsung und spärlichen Bacillen ausschliesslich in der Mucosa, niemals in der Submucosa. Die Tuberkel waren ungleichmässig in den Tonsillen vertheilt. In Betreff der Infektion sind P. u. F. der Ansicht, dass, da eine Infektion auf dem Blutwege, eben so wie eine solche auf dem retrograden Lymphwege in Form der ascendirenden Halsdrüsentuberkulose auszuschliessen ist, der Inspirationstrom der Infektionvermittler ist. Die Bacillen gelangen mit dem Inspirationstrom von der Nase in den Nasenrachenraum und finden hier in den unregelmässigen Vertiefungen der hypertrophischen Tonsille geeignete Receptacula. Es trifft also die Infektion die schon hyperplastische Tonsille, nicht aber ist umgekehrt die Hyperplasie die Folge der Bacillenansiedelung. Es scheint nicht unmöglich, dass die physiologische Involution der Rachenmandelhyperplasie durch die Ansiedelung des tuberkulösen Virus verzögert oder verhindert wird. Der lokale Tuberkelherd kann entweder zu Grunde gehen, oder es kann die schlummernde Tuberkulose in offene Geschwürsbildung übergehen. Nach der bisherigen Beobachtung scheint meist

das erstere zu erfolgen. Geht die schlummernde Tuberkulose in offene Geschwürsbildung über, so kann das tuberkulöse Sekret entweder in die Lungen aspirirt oder beim Schneuzen durch die Tube in das Mittelohr geschleudert werden. Es kann das tuberkulöse Gift aber auch entweder plötzlich auf dem Blutwege oder langsam auf dem Lymphwege in den Körper gelangen.

Nicoll (23) fand bei Untersuchung der Drüsen in nahezu 500 Fällen von chronischer Schwellung der Halslymphdrüsen bei Kindern, in ca. 80% neben zahlreichen anderen Mikroorganismen aktive Tuberkelbacillen, obwohl das Aussehen der Drüsen nur auf einfache entzündliche Schwellung schliessen liess. Auch hypertrophische Tonsillen und adenoide Vegetationen enthielten sehr häufig Tuberkelbacillen, wo sonst gar keine Anzeichen für tuberkulöse Erkrankung der Gewebe vorhanden waren.

N. zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: Es giebt Katarrhe des Nasenrachenraums, die mit Tuberkulose durchaus nichts zu thun haben, diese zeigen aber wenig Neigung, zu Veränderungen der Drüsen zu führen. Bei den Erkrankungen des Nasenrachenraums, die zu schwereren Veränderungen in den Drüsen führen, haben wir zwei Arten zu unterscheiden. Erstens solche, die eine akute oder eitrige Erkrankung der Drüsen verursachen, wie die eitrige Tonsillitis und die phlegmonöse Pharyngitis, zweitens solche, die eine chronische oder tuberkulöse Entzündung verursachen.

Welche Bedeutung die in den Geweben gefundenen aktiven Tuberkelbacillen für die daselbst beobachteten Veränderungen haben, lässt N. noch unentschieden. Sicherlich aber ist in 80% der Fälle von chronischer Schwellung der Nackenlymphdrüsen die Ursache für diese Schwellung, sowie für die Einwanderung von Tuberkelbacillen in diese Drüsen in der Hypertrophie und dem Katarrh der lymphoiden Gewebe des Rachens zu suchen. Durch rechtzeitiges Abtragen der hypertrophischen Tonsillen wird sich also das Auftreten tuberkulöser Erkrankungen der Nackendrüsen verhindern lassen. Rudolf Heymann (Leipzig).]

Soviel über die Mandeln. Augenscheinlich benutzen die Tuberkelbacillen gelegentlich auch noch andere Theile der Mund- und Rachenhöhle zum Eintritt in den Körper, z. B. *cariöse Zähne.* Stark (24), Assistent der Heidelberger chirurg. Klinik, fand bei etwa 41% aller Kinder mit Anschwellung der Halsdrüsen cariöse Zähne und das örtliche und zeitliche Verhalten beider zu einander macht es ihm sehr wahrscheinlich, dass die Drüsenschwellung eine Folge der Zahncaries sei. 5mal waren die geschwollenen Drüsen tuberkulös und bei 2 von diesen Kranken fand St. die Tuberkelbacillen in den zugehörigen cariösen Zähnen. Beide Male handelte es sich um nicht belastete, sonst gesunde Menschen.

Die Folgerungen aus diesen Fällen, denen sich ähnliche Beobachtungen wahrscheinlich bald anschliessen werden, sind leicht zu ziehen.

Der Fall von Jaruntowski (25) sei hier nur beiläufig erwähnt. Er beweist das Vorkommen von Tuberkelbacillen in cariösen Zähnen; etwas Anderes beweist er nicht, da es sich um einen Menschen mit vorgeschrittener Lungenphthise handelte.

Von den beiden Arbeiten über die *Vererbung der Tuberkulose* beschränkt sich die erste von Szegö (26) in der Hauptsache auf eine Literaturübersicht. Sz. kommt zu dem Ergebniss, dass es „schwer zu entscheiden ist", ob häufiger nur die Anlage zur Tuberkulose oder diese selbst vererbt wird. In letzterem Falle kann die Infektion durch den Samen, durch das Ei oder durch die Blutbahnen der Placenta erfolgen. „Die Affektion der Lungen, der Eingeweide, der in der Umgebung des Mundes und der Nasenöffnungen befindlichen Drüsen weist eher auf einen contagiösen Ursprung hin, während die Tuberkulose des Gehirns, der Knochen, der Gelenke, der Organe der Bauchhöhle für eine angeborene Ursache sprechen." Ausserordentlich schwierig wird diese ganze Frage dadurch, dass in den Körper eingedrungene Tuberkelbacillen, also selbstverständlich auch die mit auf die Welt gebrachten, lange Zeit, sicherlich Jahre lang, ruhig bleiben und dann erst zur Thätigkeit erweckt werden können.

Wolff (27) bespricht die mancherlei Schwierigkeiten, die sich den Erörterungen über die Bedeutung der Erblichkeit bei der Tuberkulose entgegenstellen, und macht auf einige Hauptpunkte aufmerksam. Im Allgemeinen schätzt W. die Bedeutung sehr hoch, er hat es bereits an anderen Stellen genauer ausgeführt, dass und weshalb „die Erkrankung Erwachsener an Tuberkulose fast ausnahmslos einer in frühester Jugend oder einer direkt erblich erworbenen Infektion zuzuschreiben ist". Erkranken Kinder gesunder Eltern an Tuberkulose, so muss man überlegen, ob nicht bei den Eltern besonders günstige äussere Umstände den Ausbruch der Krankheit verhindert haben. Zweifellos von Bedeutung sind die grosse Kindersterblichkeit, das häufige Vorkommen bösartiger Neubildungen, sowie schwerer Hirn- und Rückenmarksleiden (Psychosen) in Tuberkulose-Familien. W. führt hierfür Zahlen aus dem Material der Reiboldsgrüner Anstalt an. —

Nach den von Merbach (28) zusammengestellten Zahlen hat die Tuberkulose in Sachsen in den Jahren 1891—1893 gegen 1873—1893 entschieden an Häufigkeit abgenommen, und zwar kommt diese Abnahme am meisten den grossen Städten zu Gute. Der Vorzug einer höheren Lage ist schon für die Städte unverkennbar, noch mehr bemerkbar macht er sich bei den Amtshauptmannschaften mit Ausschluss der Städte.

In Bayern fallen nach den Angaben von May (29) 11—12% aller Todesfälle auf die Tuberkulose (für das ganze deutsche Reich 10%)

und rund 70% (für das Reich etwa 1/3) aller Tuberkulösen sterben zwischen dem 16. und dem 60. Jahre, im Alter der eigentlichen Erwerbsfähigkeit.

Pathologie.

30) *Ueber die Tuberkulose im Kindesalter;* von Dr. Adolf Dennig in Tübingen. Leipzig 1896. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 266 S.

31) *Ueber die Tuberkulose im frühen Kindesalter;* von Dr. H. Kossel. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXI. 1. p. 59. 1895.)

32) *Die Tuberkulose der Tonsille bei Kindern;* von Dr. Eugen Schlesinger. (Berl. Klinik Heft 99. 1896.)

33) *Das Ausschliessungsverhältniss zwischen Herzklappenfehlern und Lungenschwindsucht;* von Johanne Otto. (Virchow's Arch. CXLIV. 1. p. 159. 1896.)

34) *Zur Casuistik des gleichzeitigen Vorkommens von Herzkrankheiten und Lungentuberkulose;* von Dr. R. Boltz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52. 1896.)

35) *La tuberculose du coeur;* par le Dr. Ernest Barié. (Semaine méd. XVI. 61; Déc. 1896.)

36) *Tuberculose du myocarde;* par Marcel Labbé. (Bull. de Soc. anat. LXXI. p. 235. Mars 8. 1896.)

37) *Ein Fall von Herztuberkulose mit typischem „Weil'schen Symptomencomplex";* von Dr. Anton Brosch. (Wien. med. Presse XXXVII. 30. 31. 1896.)

38) *Beiträge zur Lehre von der akuten Miliartuberkulose mit anhangsweisen Bemerkungen über Meningitis tuberculosa und die Verbreitungsart einiger anderen krankhaften Processe im Körper;* von Dr. Arnold Sigg. Mit einer Einleitung von Dr. Hanau. (Mittheil. aus klin. u. med. Inst. d. Schweiz IV. 4. Basel u. Leipzig 1896. Carl Sallmann.)

39) *Beiträge zur Histogenese des miliaren Tuberkels;* von Dr. R. Kockel in Leipzig. (Virchow's Arch. CXLIII. 3. p. 574. 1896.)

40) *Ueber eine ungewöhnliche Form der Meningitis tuberculosa;* von Dr. Otto Busse in Greifswald. (Ebenda CXLV. 1. p. 107.)

41) *Recherches anatomiques et expérimentales sur les tuberculoses de la plèvre;* par Albert N. Péron. (Arch. gén. de Méd. Févr.—Juillet 1896.)

42) *Ein Beitrag zum Verlauf des tuberkulösen Pneumothorax;* von Dr. Alexander R. v. Weismayr. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 23. 1896.)

43) *Granulie à forme péritonéale;* par Paul Caetin. (Bull. de la Soc. anat. LXXI. 8. p. 233. 1896.)

44) *Ueber die feineren histologischen Vorgänge bei der Rückbildung der Bauchfelltuberkulose nach einfachem Bauchschnitt;* von Dr. G. Gatti in Turin. (Arch. f. klin. Chir. LIII. 3. p. 645; 4. p. 709. 1896.)

45) *Ueber die Beziehungen der Tuberkulose zu den nicht lupösen Hautkrankheiten;* von H. Hallopeau. (Mon.-Schr. f. prakt. Dermatol. XXIII. 7. 1896.)

46) *Akute Miliartuberkel der Haut bei allgemeiner akuter Miliartuberkulose;* von Otto Leichtenstern. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 1. 1897.)

47) *Beiträge zur Tuberkulose der oberen Luftwege;* von Otto Bolminski. (Inaug.-Diss. Berlin 1895. Druck von Trowitzsch u. Sohn.)

48) *Spontanheilung von Larynxgeschwüren bei Tuberkulose;* von Dr. Conrad Clar. (Wien. klin. Wochenschr. IX. 4. 1896.)

49) *Zur Schilddrüsentherapie;* von Dr. Morin. (Therap. Monatsh. IX. 11. 1895.)

50) *Ueber den Stickstoff-, bez. Eiweissgehalt der Sputa bei verschiedenen Lungenerkrankungen und den dadurch bedingten Stickstoffverlust für den Organismus;* von Dr. Fr. Lanz. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 619. 1896.)

51) *Ueber den Einfluss meteorologischer Vorgänge auf das Vorkommen von Lungenblutungen;* von Dr. F. Egger. (Sond.-Abdr. aus d. Jahresber. d. allg. Poliklinik in Basel 1896.)

52) *Zur Kenntniss der Hämoptöe bei Phthisikern;* von Dr. Felix Wolff in Reiboldsgrün. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 34. 1896.)

53) *Ueber verschiedene Formen des Bluthustens bei Lungenphthise;* von Dr. S. L. Skroinka. (Wien. med. Presse XXXVII. 27. 28. 1896.)

Das Buch von Dennig (30) macht einen etwas eigenthümlichen Eindruck. D. hätte sich auf „ausgewählte Abschnitte" aus der Kindertuberkulose beschränken sollen, dann wäre z. B. seine sehr eingehende Besprechung der tuberkulösen Meningitis gut zu ihrem Rechte gekommen. Bei dem jetzigen Titel erwartet man an vielen Stellen mehr. Die Schilderung der Aetiologie, der Therapie, der Tuberkulose des Pharynx und manches Andere ist so kurz und lückenhaft, dass es, wie gesagt, besser ganz fortgelassen wäre. Der Hauptwerth des Buches liegt in den zum Theil recht lehrreichen 64 Krankengeschichten.

Kossel (31) berichtet über 22 Kinder von 2 Monaten bis 5 Jahren, die im Institute für Infektionskrankheiten zu Berlin an Tuberkulose starben. Er glaubt nicht, dass eins dieser Kinder seine Tuberkulose mit auf die Welt gebracht habe. Niemals fanden sich in der Leber ältere Herde, was doch zu erwarten wäre, wenn die Keime durch die Nabelvene in den Körper eindrängen. Stets waren die ältesten Herde in den Lungen oder in denjenigen Drüsen zu finden, deren Wurzelgebiet mit der Aussenwelt in der nächsten Beziehung steht, in den Bronchial- oder in den Mesenterialdrüsen.

Besonders wichtig erscheint Das, was K. über die *latente Tuberkulose bei Kindern* berichtet. 63 Kindern im Alter von 1—10 Jahren wurde im Institute Tuberkulin eingespritzt, davon reagirten 28 so, wie eben nur Tuberkulöse reagiren, und von diesen 28 war nur bei 4 die Tuberkulose nachzuweisen. Das würde einen Procentsatz von latenter Tuberkulose bei Kindern = 40% bedeuten! und K. glaubt sicher sagen zu können, dass es sich in mindestens zwei Dritteln dieser Fälle um latente Bronchial- und Mesenterialdrüsen-Tuberkulose handele.

Schlesinger (32) hat bei zahlreichen an Tuberkulose gestorbenen Kindern die Tonsillen untersucht und hat gefunden, dass sie, ebenso wie man das jetzt von Erwachsenen weiss, bei irgend ausgedehnter Lungenphthise fast immer auch tuberkulös erkrankt sind. Für die Aetiologie ist das Material Sohl.'s nicht zu verwerthen. Er meint, man ginge in der Annahme der primären Mandeltuberkulose zu weit; die Tonsillen würden wohl häufiger erst sekundär (z. B. auch von tuberkulösen Nackendrüsen her „auf dem Wege des retrograden Lymphstromes") ergriffen.

Die beiden Arbeiten über *Herzfehler* und *Lungenschwindsucht* schliessen sich Dem an, was wir darüber in unserer letzten Zusammenstellung sagen

konnten. Otto (33) geht die Literatur durch, führt an, was bei einer Durchsicht des Materiale der Züricher med. Klinik herausgekommen ist, und schliesst damit, dass beide Krankheiten in der That nur in verhältnissmässig seltenen Ausnahmen mit einander vorkommen. Vielleicht sind diese Ausnahmen bei Frauen häufiger als bei Männern. O. glaubt über 10 Fälle zu verfügen, in denen ein vorhandener Herzfehler die Entstehung der Tuberkulose nach erfolgter Infektion sichtlich verhinderte.

Boltz (34) berichtet aus dem alten allgemeinen Krankenhause in Hamburg über eine „Ausnahme". Bei einem 20jähr. Menschen fand sich: „angeborene Enge der Aorta mit consekutiver Chlorose, Herzklappenerkrankung und Nierenembolien; Aortenklappenstenose, complicirt mit Mitralstenose und -Insufficienz neben Lungentuberkulose; frische Aussaat von Tuberkulose in Lungen und Darm trotz hochgradiger, zum Bersten einer submukösen Vene und zur Verblutung führender Stauung in diesen Organen".

Barié (35) geht zunächst auch auf das Verhältniss zwischen Herzfehler und Schwindsucht ein (letztere ist bei Aortenfehlern ziemlich häufig, bei Mitralfehlern sehr selten), fasst kurz das Wichtigste über *tuberkulöse Peri- und Endokarditis* zusammen und bespricht dann genauer die *Tuberkulose des Myokard*, die seiner Ansicht nach zu wenig bekannt ist und zu wenig gewürdigt wird. Sie tritt mit Vorliebe bei jungen Leuten und im Anschlusse an Tukerkulose der anderen Brustorgane auf. Lancereaux unterscheidet drei Formen: Einzelne linsen- bis hühnereigrosse Tuberkel, Miliartuberkulose und eine tuberkulöse Myokarditis. Zwischenformen und Uebergänge sind sehr zahlreich und dem entsprechend auch die klinischen Erscheinungen, so weit solche überhaupt hervortreten, sehr mannigfaltig.

Labbé (36) berichtet über 2 Fälle von *Tuberkulose des Myokard*. Der 1. betraf ein 6jähr. Kind, das unter Herzerscheinungen starb und bei dem sich neben Tuberkulose der Lungen, der Pleuren, des Perikard eine Durchsetzung des Herzfleisches mit tuberkulösen Massen fand. Der 2. Kr. (ebenfalls ein Kind) starb an Lungentuberkulose und man fand in der Muskulatur des linken Ventrikels einen etwa linsengrossen Tuberkel, der keinerlei Erscheinungen gemacht hatte.

Ganz besonders bemerkenswerth erscheint der Fall von Brosch (37).

Ein 25jähr., bis dahin anscheinend ganz gesunder Soldat erkrankte an einer akuten schweren Krankheit, die sich durch Ikterus, Milztumor und Albuminurie, durch die schweren Allgemeinerscheinungen, Muskelschmerzen, Hautblutungen durchaus den bekannt gewordenen Fällen von „*Weil'scher Krankheit*" anschloss. Tod am 20. Tage. Die *Sektion* ergab eine chronische tuberkulöse Perikarditis (augenscheinlich von tuberkulösen Lymphdrüsen ausgehend), einen grossen Tuberkel in der Kammerscheidewand und als leicht verständliche Folge dieser in aller Stille entstandenen Krankheiten eine akute allgemeine Miliartuberkulose.

Auf die Ausführungen B.'s, wie sehr sein Fall geeignet ist, die „Weil'sche Krankheit" als eine recht zweifelhafte Sache erscheinen zu lassen, können wir hier nicht näher eingehen.

Die werthvolle Arbeit von Sigg (38) enthält eine überzeugende Begründung der zuerst von Weigert verfochtenen Behauptung, dass eine *allgemeine Miliartuberkulose* nur entstehen kann, wenn tuberkulöse Massen in eine Vene oder in den Ductus thoracicus durchbrechen. Eine Zusammenstellung der von Dr. Hanau im Züricher pathologischen Institute (1887—1891) und in St. Gallen (1891—1894) secirten Miliartuberkulosen ergiebt für etwa 80% der Fälle den Nachweis der Durchbruchstelle. Unter den 28 „positiven" Fällen hatte der Durchbruch 11mal in Lungenvenen, 1mal in die Vena suprarenalis, 15mal in den Ductus thoracicus und 1mal merkwürdiger und ganz ungewöhnlicher Weise in die Aorta stattgefunden. Stellt man alle bisher bekannt gewordenen brauchbaren Fälle zusammen, so kommt etwa die Hälfte aller Durchbrüche auf die Vena pulmonalis und fast ein Drittel auf den Ductus thoracicus.

Die Form des Durchbruches in die Vene ist weitaus am häufigsten die des von Weigert entdeckten „typischen reliefartigen Venentuberkels", seltener greifen grössere tuberkulöse Knoten durch die Venenwand hindurch oder die durch die Wand gekrochenen Bacillen erzeugen miliare Knötchen auf der Venenintima, ganz selten bricht auch einmal eine Lungencaverne in eine Vene. Auch an dem Ductus thoracicus kommen verschiedene Bilder vor, am häufigsten tuberkulöse Durchsetzungen der Klappen und der Intima.

Von den sehr eingehenden Untersuchungen Kockel's (39) über den *Aufbau der miliaren Tuberkel* können wir nur die zum Schlusse zusammengefassten Ergebnisse kurz wiedergeben. Sie wurden ausschliesslich durch Beobachtung experimentell erzeugter Lebertuberkulose gewonnen.

Spritzt man Tuberkelbacillen in die Pfortader, so bilden sich bacillenhaltige Thromben, die gar nicht oder doch nur sehr mangelhaft vaskularisirt werden. Diese Thrombose hat eine Nekrose von Leberzellen zur Folge, die aber noch nichts der Tuberkulose Eigenthümliches ist, sondern genau ebenso z. B. nach der Einspritzung von Gries in die Pfortader entsteht. Als erste Wirkung der Tuberkelbacillen zeigt sich entlang den Glisson'schen Kapseln auftretendes Granulationgewebe, das nicht narbig schrumpft, sondern später verkäst. Vom 9. Tage ab entwickeln sich die eigentlichen miliaren Lebertuberkel, sämmtlich intracapillär entstehend und von Anfang an gefässlos. Alle tuberkulösen Produkte in der Leber entstehen ausschliesslich durch Wucherung der Endothel- und der Bindegewebezellen, eine Betheiligung der Leberepithelien und der Leukocyten ist zum Mindesten höchst unwahrscheinlich. Häufig beginnen die Miliartuberkel der Leber mit dem Auftreten einer Riesenzelle. „Die tuberkulösen Riesenzellen können auf verschiedene Weise entstehen; die in der Leber bilden sich aus hyalinen Capillarthromben und Endothelien." „Das Reticulum der Lebertuberkel ist vorwiegend ein Gerinnungsprodukt,

hervorgerufen durch die fixirenden Lösungen. Die Verkäsung der tuberkulösen Produkte ist zurückzuführen auf die unter dem Einflusse der Tuberkelbacillen ausbleibende Gefässbildung, bez. auf die Obliteration vorhandener Gefässe in Folge eigenthümlicher Wucherung der Endothelien. Die Weiterverbreitung der Tuberkelbacillen von den Pfortaderthromben aus geschieht hauptsächlich durch die Leukocyten. Es ist nicht ausgeschlossen, dass das Lebergewebe zerstörend auf die Tuberkelbacillen einwirkt."

Busse (40) fand bei einer 37jähr. Schwindsüchtigen, die wegen Paranoia hallucinatoria Jahre lang in der Irrenanstalt gewesen war, eine *chronische Tuberkulose der Pia-mater* ohne Verkäsung mit sehr ausgesprochener schwieliger narbiger Verdickung des tuberkulösen Granulationgewebes. Das Ganze machte mehr den Eindruck der Syphilie als den der Tuberkulose und es ist nicht ausgeschlossen, dass derartige Fälle verkannt und falsch gedeutet werden.

Die grosse Abhandlung von Péron (41) über *tuberkulöse Pleuritis* enthält kaum etwas wesentlich Neues. Er schildert, wie die Tuberkelbacillen theils mittels Durchbruch, theils mit Hülfe der Leukocyten in die Pleura hineingelangen und wie sie hier je nach ihrer Kraft und nach dem Widerstande, den ihnen der Körper entgegensetzt, nur eine serofibrinöse oder eine eitrige Entzündung hervorrufen. Seinen Versuchen nach bedürfen die Bacillen zur Erzeugung des Empyems durchaus nicht der Hülfe anderer Keime. Er schildert sehr genau den Kampf, der sich bei der serofibrinösen Pleuritis in der gebildeten Pseudomembran abspielt, die Rückbildung dann, wenn der Körper siegt, die Art und Weise, wie der Körper sich auch gegen die Eiterung zu wehren, sie abzugrenzen sucht, und er betont ganz besonders, dass dans l'immense majorité des cas die „primäre Pleuritis" tuberkulöser Natur sei. Ihr oft günstiger Verlauf darf durchaus nicht als Beweis gegen diese Behauptung angeführt werden.

Waismayr (42) erzählt von einer Frau, die ohne vorausgegangene Krankheit am 29. April 1891 einen linkseitigen *Pneumothorax* bekam, der sofort auf eine unvermarkt entstandene Tuberkulose zurückgeführt wurde. Die Durchbruchsstelle verschloss sich bald wieder, es bildete sich ein eiteriger Erguss, der im Frühjahr 1892 fast die ganze linke Brusthälfte einnahm, dann aber wieder etwas zurückging. Im Herbst 1895 öffnete sich der Pneumothorax wieder nach der Lunge zu, aber erst am 17. März 1896 starb die Kranke.

Das Ungewöhnliche des Falles liegt in seiner langen Dauer. Nach der Zusammenstellung Weil's führt der Pneumothorax bei Tuberkulose nahezu in der Hälfte aller Fälle innerhalb eines Monates zum Tode und eine Dauer von mehreren Jahren gehört zu den grossen Seltenheiten.

Der 65jähr. Kr. Castin's (43) starb unter schweren akuten Erscheinungen ohne rechte Lokalisation und bei der *Sektion* fand sich ausschliesslich eine akute miliare *Tuberkulose des Peritonaeum*, die von einem kleinen Käseherd unter der Leber (Drüse? Nebenniere?) ausgegangen war. Der ganze übrige Körper war frei.

[Gatti (44) hat an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden Untersuchungen über die feineren *Vorgänge bei der Rückbildung der Bauchfelltuberkulose nach einfachem Bauchschnitt* angestellt.

Die Untersuchungen an *Meerschweinchen* ergaben eine *Heilbarkeit* der *fibrösen Bauchfelltuberkulose durch einfachen Bauchschnitt.* Die Heilung geschieht durch hydropische Entartung der epitheloiden Zellen, Verschwinden der Lymphzellen, Verdichtung des präexistirenden Bindegewebes um die centrale Gefässgruppe. Die *käsige* oder in Verkäsung begriffene *Tuberkulose* wird *durch den einfachen Bauchschnitt nicht geheilt*, sondern nur in ihrer Entwickelung *gehemmt*. Die *Bauchfelltuberkulose des Kaninchens* kann durch den einfachen Bauchschnitt vollständig *geheilt* werden, vorausgesetzt, dass die Operation in dem ersten, noch rein fibrösen Stadium der Krankheit vorgenommen wird. Die Gegenwart vereinzelter, käsiger Knötchen schliesst die Heilung nicht aus, weil diese durch langsame Verkalkung unschädlich gemacht werden können.

Die Bauchfelltuberkulose des *Hundes* steht nach ihrem klinischen Verlaufe und nach ihrem makroskopischen und histologischen Verhalten der menschlichen Peritonäaltuberkulose am nächsten. Die *fibröse Form* wird *durch* die einfache *Laparotomie verlangsamt, gehemmt* oder in *Heilung* übergeführt. Die *käsige Tuberkulose* kann durch die Operation gehemmt und in Folge allmählicher Einkapselung unschädlich gemacht werden; eine Aufsaugung der gebildeten Käsemassen findet nicht statt.

Der *operative Eingriff* blieb bei den künstlich inficirten Thieren *ohne* Wirkung, wenn er *zu früh* vorgenommen wurde, d. h. noch ehe der Tuberkel seine volle histologische Entwickelung erreicht hatte. Wurde die Operation bei sehr weit vorgeschrittener Tuberkulose ausgeführt, so hatte sie entweder keine Wirkung auf den lokalen Process, oder sie konnte, selbst wenn dieser noch beeinflusst wurde, den Tod des Thieres an allgemeiner Tuberkulose nicht hindern. Manchmal blieb die erste Laparotomie fast ganz oder völlig ohne Wirkung, während sich die Operation bei späterer Wiederholung als sehr wirksam erwies.

Die *Heilung der fibrösen Tuberkulose* durch die Laparotomie beruht nicht auf entzündlicher Reaktion und aktiver Wucherung des Bindegewebes, sondern sie kommt dadurch zu Stande, dass die epitheloiden Zellen durch langsame Entartung (*hydropische Degeneration*) zerstört und dann resorbirt werden, wobei gleichzeitig die Rundzellen und die Bacillen verschwinden, so dass zuletzt nur noch das präexistirende, bindegewebige Stroma mit seinen Gefässen zurückbleibt. Die hydropische Degeneration hat ihren Grund darin, dass in Folge

der Laparotomie ein ziemlich reichliches seröses Exsudat in der Bauchhöhle auftritt.

P. Wagner (Leipzig).]

Die Mittheilung von Hallopeau (45) ist eine kurze Wiedergabe seines bei dem 3. Dermatologen-Congresse in London gehaltenen Vortrages.

H. bespricht zunächst diejenigen Thatsachen, die erkennen lassen, ob ein *Hautleiden tuberkulöser Natur* oder nur durch eine vorhandene, bez. drohende Tuberkulose begünstigt ist. Zu denjenigen Dermatosen, denen die Tuberkulose den Boden vorbereitet, rechnet er vor Allem die Pityriasis versicolor und die Pityriasis rubra. Unter den tuberkulösen Hautleiden unterscheidet er:

A. *Bacilläre Hauttuberkulosen.* Hierher gehören: der Lupus sclerosus Vidal's, auch Tuberculosis verrucosa oder papillomatosa genannt; der Leichentuberkel; die gummöse Tuberkulose (unter und in der Haut sitzende, blass violette grössere Knoten, die rasch verkäsen, erweichen und zu Fistelbildung Anlass geben. Von den Fistelöffnungen aus entwickelt sich zuweilen Lupus); die tuberkulösen Geschwülste; die tuberkulösen Geschwüre (zu trennen in eine primäre Form, in die Tuberculosis miliaris acuta der Schwindsüchtigen, in die sekundäre Tuberculosis vegetans, in die schankerförmigen Ulcerationen und die pustuloulcerösen Formen); die Tuberculosis suppurativa, bei der augenscheinlich die Tuberkelgifte eine grosse Rolle spielen.

B. *Hauttuberkulosen, die wahrscheinlich durch eine vom gewöhnlichen Bacillus abweichende Form veranlasst sind.* Hierher gehören: der Lupus erythematosus und der Lupus pernio (Besnier). Genaueres über die diese beiden Formen erzeugenden, ganz absonderlichen Tuberkelbacillen vermag H. noch nicht zu sagen. Das Wichtigste dieser Dermatosen fasst er so zusammen: „ihr Charakter ist ein zerstörender, fressender; sie erzeugen Toxine, die fast überall in die Haut hinein diffundiren und Anlass zu einer eigenartigen Reaktion geben; sie lassen sich nicht übertragen und haben einen anderen Bau als die übrigen tuberkulösen Entzündungen".

C. *Hauttuberkulosen in Folge von Toxinen, die aus ferner liegenden Herden stammen.* Hierher gehören: der Lichen scrofulosorum, die Acne cachectica, die Acne scrofulosorum, die Folliculitis isolata seu agminata in Flächenform mit excentrischem Fortschreiten, die papulo-vesikuläre Tuberkulose und das Erythema tuberculosum.

Auf die einzelnen Ausführungen H.'s können wir hier nicht eingehen, das Gesagte giebt das Wesentliche seines Vortrages vollkommen wieder.

Der Fall von Leichtenstern (46) scheint ein Novum zu sein. Vielleicht aber nur deshalb, weil bisher bei der *akuten Miliartuberkulose* nicht genügend auf die *Haut* geachtet worden ist.

Der 4jähr. Kr. bekam in der 2. Woche seiner akuten Miliartuberkulose zuerst im Gesicht mohnkorn- bis höchstens hanfkorngrosse, lebhaft rothe, derbe, kegelförmig zugespitzte Papeln, die sich aus der vollkommen gesunden Umgebung scharf abhoben. Die meisten dieser kleinen Papeln bildeten sich nach 8—14tägigem Bestehen unter leichter Abschuppung zurück, bei einigen bildete sich vorher auf der Spitze ein kleines Bläschen, bei einigen auch eine kleine, rasch eintrocknende Eiterpustel. Zu einer Vereiterung der ganzen Papel kam es nie. Derartige Papeln traten am ganzen Körper auf, zu gleicher Zeit waren immer nur etwa 20—30 zu sehen, nirgends erfolgte eine Ausbreitung in die Umgebung, ein Zusammenfliessen, oder etwas Aehnliches.

Die mikroskopische Untersuchung ergab im Papillarkörper der Haut einen 1—2 mm breiten linsenförmigen Tuberkel mit zahllosen Tuberkelbacillen und darüber die Papelbildung mit spärlichen Leukocyten und serofibrinösem Exsudat, die L. als eine Wirkung des aus dem Tuberkel ausgetretenen Giftes ansehen möchte.

Zugleich mit der Hautkrankheit schwollen an verschiedenen Stellen die Lymphdrüsen an und in der 4. Woche bildeten sich im Munde zahlreiche oberflächliche speckige Geschwürchen, die leider nicht genauer untersucht wurden.

Boluminski (47) giebt 4 Krankengeschichten über *Tuberkulose der oberen Luftwege.*

Im 1. Falle, 20jähr. Mädchen mit Lungenphthise, traten tuberkulöse Geschwüre in Mund, Rachen, Nase und Kehlkopf auf. Der 2. Kr., ein erblich luetischer, 17jähr. Junge, hatte Geschwüre in der Nase, im Rachen, im Kehlkopf. Die 3. Kr., eine 45jähr. Frau, hatte wahrscheinlich Nasentuberkulose. Der 4. Kr., ein 48jähr. Phthisiker, bot ein grosses tuberkulöses Gaumengeschwür dar.

Die Krankengeschichten sind auch für die Behandlung nicht uninteressant.

Clar (48) erzählt von einem 31jähr. Manne mit sehr gutartiger Lungenphthise, bei dem Larynxgeschwüre im Laufe der Jahre vollständig verheilten. —

Von der *Lungentuberkulose* im Besonderen ist nicht viel Neues zu berichten. Morin (49) glaubt an einen Zusammenhang zwischen Atrophie der Schilddrüse und Phthise (die erstere begünstigt die letztere oder ist eine Folge der letzteren?) und bittet auf diesen Umstand allseitig zu achten. — Lanz (50) fand bei der Untersuchung von 16 Kr., dass Phthisiker im Durchschnitt etwa 0.6 g N täglich mit dem Auswurfe verlieren, was bei einem Gesammtumsatze von etwa 12 g pro die doch in's Gewicht fällt. — Egger (51) zeigt auf schönen Tafeln, dass *Lungenblutungen* zu gewissen Zeiten gehäuft vorkommen und dass dabei das bekannte „Erkältungswetter" eine Rolle spielt. — Wolff (52) bespricht das Bluthusten in seiner grossen Bedeutung als Phthisissymptom. Ganz besonders möchten wir uns seiner Ermahnung anschliessen, den Blutauswurf als erste Erscheinung einer vielleicht noch nicht nachweisbaren Lungentuberkulose mehr als es vielfach geschieht zu beachten. W. führt dann aus, wie jede einigermaassen grössere Blutung eine Verschlechterung des Lungenleidens bedingt und fast immer auch Ausdruck einer eingetretenen Verschlechterung ist, bespricht die Ursachen der Hämoptyse (sehr oft handelt es sich um Menschen, die auch sonst zu Blutungen neigen) und kommt zahlengemäss zu dem Ergebniss, dass die Häufigkeit der Hämoptöe mit der Körpergrösse der Kranken ansteigt. — Skreinka (53) endlich bespricht die verschiedenen Formen der Hämoptöe

und geht auch auf die Behandlung ein. Etwas wesentlich Neues enthält der auf grosser Erfahrung ruhende Aufsatz nicht.

Verhütung und Behandlung.

54) *Zur Bekämpfung der Tuberkulose;* von Dr. Emil Kammerer. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 5. 1896.)

55) *Zur Prophylaxe der Tuberkulose;* von Dr. Aug. Predöhl. (Festschr. zur Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. ärztl. Vereins an Hamburg. Leipzig 1896. Alfred Langkammer. p. 417.)

56) *The municipal control of the consumptive;* by Thomas C. Craig. (New York med. Record LII. Jan. 23. 1897.)

57) *A plea for moderation in our statement regarding the contagiousness of pulmonary consumption;* by Vincent Y. Bowditch. (Boston med. and surg. Journ. June 25. 1896.)

58) *Hospitalisation des tuberculeux;* par J. Grancher et Thoinot. (Ann. d'Hyg. publ. 3. S. Déc. 36. 1896. — Gaz. des Hôp. LXIX. 133. 134. 1896.)

59) *Separate quarters for tuberculous patients.* (Philad. Policlin. V. 44. Oct. 31. 1896.)

60) *Modes de terminaison de la phthisie pulmonaire;* par V. Hanot. (Semaine méd. XVI. 37. 1896.)

61) *Treatment of consumption;* by N. S. Davis. (Medicine II. Aug. 8. 1896.)

62) *Tuberculosis: its prevention and cure;* by John William Moore. (Dubl. Journ. of med. Sc. CII. 298. Oct. 1896.)

63) *The influence of the bacillary theory of tuberculosis on the treatment of phthisis;* by J. Edward Squire. (Brit. med. Journ. Jan. 25. 1896.)

64) *The treatment of pulmonary tuberculosis;* by Irwin H. Hance. (New York med. Record XLIX. 18; May 2. 1896.)

65) *The hygienic, educational and symptomatic treatment of pulmonary tuberculosis, with a plea for sanatoriums for the poor;* by S. A. Knopf. (Ibid. LI. 7; Febr. 13. 1897.)

66) *Are sanatoriums for consumption a danger to the neighbourhood?* by S. A. Knopf. (Ibid. L. 14; Oct. 3. 1896.)

67) *Phtisiques riches et phtisiques pauvres;* par le Dr. Moeller. (Presse méd. Belge XLIX. 5. 1897.)

68) *Die Schweizer Volksheilstätten für Tuberkulose;* von Dr. Alexander Ritter v. Weismayr. (Wien. klin. Wchnschr. X. 2. 1897.)

69) *Die neue Heilstätte für unbemittelte Lungenkranke zu Ruppertshain im Taunus;* von Dr. Nahm. (Ztschr. f. Krankenpflege XVIII. Febr. 1896.)

70) *Wo soll man Heilstätten für Lungenkranke errichten?* von Dr. Felix Blumenfeld. (Ebenda Mai 1896.)

71) *Sanatorium Hohenhonnef im Siebengebirge;* von Dr. Ernst Meissen. (Centr.-Bl. f. allgem. Gesundheitspflege XV. 8 u. 9. p. 267. 1896.)

72) *Ueber die Krankenpflege Tuberkulöser im Gebirgsklima;* von Dr. F. Wolff. (Ztschr. f. Krankenpflege XVIII. Oct., Nov. 1896.)

73) *Haussanatorium. Einfache und billige Heilstätte für Schwindsüchtige;* von Dr. S. Unterberger. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 32. 49. 50. 1896.)

74) *Ueber die Kaiserlichen Sanatorien zu Halila in Finnland;* von Dr. J. Gabrilowitsch. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9. 1897.)

75) *Ueber die Vorzüge eines Aufenthaltes im Wiborger Gouvernement für Kranke mit chronischen Lungenaffektionen;* von Dr. E. Masing. (Ebenda 28. 1896.)

76) *The climatic treatment of phthisis in Colorado;* by H. B. Moore. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 15; April 9. 1896.)

77) *The pulmonary invalid in Colorado;* by Carroll E. Edson. (Ebenda CXXXV. 5; July 30. 1896.)

78) *New South Wales as a healt resort for British consumptives;* by George Lane Mullins. (Brit. med. Journ. Aug. 22. 1896.)

79) *Die künstliche und natürliche Hyperämie der Lungenspitzen gegen Lungentuberkulose durch Thermotherapie und Autotransfusion;* von Dr. Eugen Jacoby. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8. 9. 1897.)

80) *Ueber die neue Methode Jacoby's zur Thermotherapie der Lungentuberkulose;* von A. Strasser. (Bl. f. klin. Hydrother. VI. 10. 1896.)

81) *On mechanical support of the lung in phthisis;* by Stuart Tidey. (Brit. med. Journ. March 21. 1896.)

82) *The value of respiratory gymnastics in maintaining the integrity of the lungs, and as an aid in the treatment of diseases of these organs;* by Edward O. Otis. (Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 22; May 28. 1896.)

83) *Die Hydrotherapie der Lungenphthise;* von Prof. Wilhelm Winternitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 16. 1896. — Bl. f. klin. Hydrother. VI. 5. 1896.)

84) *Etwas über die Folgen der Magen- und Darmerschlaffung und Weiteres über die Uebertreibungen bei der heutigen Behandlung der Lungenschwindsüchtigen;* von Dr. Volland in Davos-Dorf. (Therap. Monatsh. X. 7. 8. 1896.)

85) *Bemerkungen zu dem Aufsatze des Herrn Dr. Volland;* von Dr. J. Gabrilowitsch. (Ebenda 11.)

86) *Latente und larvirte Tuberkulose;* von Prof. E. Maragliano in Genua. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 19. 20. 1896.)

87) *Das antituberkulöse Heilserum und dessen Antitoxin;* von Demselben. (Ebenda 35. — Vgl. auch Policlinico III. 10; Maggio 15. 1896.)

88) *Serotherapie antituberculeuse;* par le Prof. Maragliano. Bordeaux 1896. G. Gounouilhou.

89) *Contributo allo studio della sieroterapia nella tubercolosi polmonale;* pel Dott. Silvino Croce. (Rif. med. XIII. 10. 11. 1897.)

90) *Die Serumtherapie der Tuberkulose;* von Prof. Semmola in Neapel. (Wien. med. Presse XXXVII. 3. 1896.)

91) *Il siero Maragliano nella clinica;* del Prof. de Renzi, Napoli. (Rif. med. XII. 8. 18. 1896.)

92) *Essai de sérothérapie de la phthisie pulmonaire;* par L.-R. Regnier. (Progrès méd. VII. S. 4. 41. Oct. 10. 1896.)

93) *Die Bakteriologie im Dienste der Phthisiotherapie. Klinische Prüfung des Tuberkulose-Heilserums Maragliano's;* von Dr. Bussenius. (Charité-Annalen XXI. p. 235. 1896.)

94) *Untersuchungen über die Wirkung der Tuberkelbacillen und über gegenwirkende Substanzen;* von Prof. V. Babes u. G. Proca. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 3. p. 331. 1896.)

95) *Ueber Tuberkuloseheilserum;* von Dr. F. Niemann. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.)

96) *Essais de sérothérapie expérimentale antituberculeuse à l'aide du sang de poules traitées;* par J. Auclair. (Arch. de Méd. expérim. VIII. 4. p. 445. 1896.)

97) *Créosote et huile de foie de morue dans la phtisie pulmonaire;* par F. T. Chtanguéef. (Nouv. remédes XII. 19. 1896.)

98) *Zur Kreosottherapie der Lungenphthise;* von Dr. Peter Kaatzer. (Therap. Monatsh. X. 5. 1896.)

99) *Zur Therapie der Lungenphthise;* von Dr. Heel. (Ann. d. städt. allg. Krankenhäuser zu Munchon. München 1896. J. F. Lehmann. p. 289.)

100) *Erfahrungen über Kreosotal-Kefir und Guajakolcarbonat-Kefir;* von Dr. Oscar Lauger in Wien. (Wien. med. Presse XXXVII. 19. 1896.)

101) *Guaiacol in phthisis with special referenze to the hypodermic use of the drug;* by A. A. Stevens. (Univers. med. Mag. VIII. 9; June 1896.)

102) *The subcutaneous use of ereasote and guaiacol*

in pulmonary phthisis; by F. R. Walters. (Brit. med. Journ. Dec. 14. 1895.)

103) *The hypodermic use of guaiacol in acute pulmonary tuberculosis;* by J. P. Sinclair Coghill. (Ibid. March 7. 1896.)

104) *Ueber die Anwendung des Guajecetin bei Lungentuberkulose;* von Dr. J. Strauss. (Contr.-Bl. f. innere Med. XVII. 25. 1896.)

105) *Ueber die Anwendung und Heilerfolge von Lignosulfit-Inhalationen bei chronischen (tuberkulösen) und akuten Erkrankungen der Athmungsorgane (insbesondere Keuchhusten);* von Franz Hartmann in Hallein. München 1896. J. F. Lehmann. Gr. 8. 15 S.

106) *Einige Beobachtungen über Lignosulfit-Inhalationen bei Lungentuberkulose;* von Dr. Karl Ehlich. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 15. 1896.)

107) *Die Behandlung der Lungentuberkulose mittels Ichthyol;* von Dr. Moritz Cohn. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 28. 1896.)

108) *De l'emploi de l'ichthyol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire;* par le Dr. Maurice le Tanour. (Journ. de Méd. de Paris Août 9. 1896.)

109) *Nuovo contributo alla casuistica della cura della tubercolosi polmonare coll' olio essenziale di menta piperita;* del Dr. G. M. Carasso. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 14. 15. p. 508. 1896.)

110) *Zur Behandlung der Lungentuberkulose mit Essentia Menthae (nach Carasso);* von Dr. Rottmann. (Ebenda XVIII. 14. 15. 1895.)

111) *Ueber die Behandlung tuberkulöser Erkrankungen mit Parachlorphenol;* von Dr. W. Zinn. (Charité-Annalen XXI. p. 204. 1896.)

112) *Ueber Phenolum sulforicinicum und seine Anwendung bei tuberkulösen und chronischen Erkrankungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Nase;* von Dr. Theodor Horyng in Warschau. (Therap. Monatsh. X. 5. 7. 1896.)

113) *Tuberculose expérimentale atténuée par la radiation Roentgen;* par L. Lortet et Genoud. (Gaz. des Hôp. LXIX. 78. 1896.)

114) *Ueber Pneumotomie bei Phthise;* von H. Quincke in Kiel. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 2. p. 234. 1896.)

115) *Beitrag zur Pneumotomie bei Phthise;* von Dr. Felix Franke in Braunschweig. (Ebenda 5. p. 688.)

116) *Zur operativen Behandlung des tuberkulösen Pneumothorax;* von Prof. Unverricht. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 22. 1896.)

Wiederum ein langes Verzeichniss, aus dem nicht allzuviel besonders hervorzuheben ist.

Was zur *Verhütung* der Tuberkulose geschehen sollte, ist bereits oft genug ausgesprochen worden. Kammerer (54) fasst die wichtigsten Punkte kurz und klar zusammen, sehr richtig scheint es uns, dass er die Menschen nicht nur vor der Ansteckung bewahren, sondern auch gesunder, widerstandsfähiger machen will. Ein Hauptgewicht legt er mit Recht auf gute Krankenhäuser für Schwindsüchtige.

Dass man in Amerika bereits von Amts wegen kräftig gegen die Tuberkulose vorgeht, haben wir schon früher berichtet. Nach dem Aufsatze von Bowditch (57) scheint es dabei nicht ganz ohne Uebertreibungen und unnöthige Härte abzugehen. Aehnliches, wie es dort bereits geübt wird, plant man auch für Frankreich. Grancher und Thoinot (58) verlangen im Namen einer für diese Angelegenheit ernannten Commission: 1) Absonderung der Tuberkulösen in besonderen Krankenhäusern, bez. in besonderen Abtheilungen der allgemeinen Krankenhäuser. 2) Strenge Durchführung der grössten Sauberkeit in den Krankenhäusern derart, dass dort und von dort aus jede Ansteckung unmöglich wird. Zur Durchführung dieser Forderung 3) ein gutes, gut unterrichtetes, gut gehaltenes, gut bezahltes Pflegepersonal in den Krankenhäusern. 4) Amtliche, wirksame Ueberwachung der Tuberkulösen in häuslicher Pflege.

Bei der Durchsicht derjenigen Arbeiten, die sich mit der *Behandlung* der Tuberkulose beschäftigen, fällt es sofort in angenehmster Weise auf, wie sich immer mehr der Wunsch und der Wille Bahn bricht, für möglichst viele bemittelte und unbemittelte Phthisiker an geeigneten Orten gelegene, gut eingerichtete *Heilanstalten* zu schaffen. In allen Ländern arbeitet man an dieser schönen und dankbaren Aufgabe. Einen guten Ueberblick über das Erreichte giebt die Mittheilung von Weismayr (68).

W. beginnt mit einem Seufzer darüber, dass im ganzen grossen Oesterreich erst eine einzige derartige Anstalt in Alland erbaut und vor Kurzem endlich unter Dach gebracht ist. In Deutschland ist neben den alten berühmten Anstalten viel Gutes im Entstehen. Fertig sind die Anstalt in Ruppertshain, die Berliner Häuser in Malchow und Blankenfelde und die Anstalt am Grabensee bei Oranienburg. Alle berichten über gute Erfolge, fast 50% sehr erhebliche Besserungen. Unter Dach, aber noch nicht belegt sind die Anstalten Albertsberg im sächsischen Voigtlande und Andreasberg. Ausserdem nehmen mehrere der älteren Sanatorien ärmere Kranke zu mässigen Preisen auf. Weitaus am weitesten ist die Schweiz, wo alle Cantone fleissig bei der Arbeit sind. Fertig sind hier bereits zwei Anstalten, die von Bern in Heiligenschwendi am Thunersee für etwa 120 Kranke und die von Basel in Davos-Dorf für 80 Kranke erbaute. Beide Anstalten beschreibt W. genau. In absehbarer Zeit wird die Schweiz noch über acht weitere Phthisikersanatorien verfügen.

Nahm (69) beschreibt eingehend die Anstalt in Ruppertshain, die für 75 Kranke Raum gewährt und ohne Remise und Eiskeller 210000 Mark gekostet hat. Dazu kommen der Preis für den Grund und Boden und etwa 50000 Mark für Möbel und Geräthschaften. — Blumenfeld (70) möchte die Heilstätten für Schwindsüchtige am liebsten mitten in einem geschützt gelegenen Walde (Laub- oder Nadelwald) erbaut sehen. — Meissen (71) giebt einen ausführlichen Bericht über Hohenhonnef und knüpft werthvolle Betrachtungen darüber an, wie und wo derartige Sanatorien erbaut werden und wie — darauf kommt es vor allen Dingen an — die Kranken in ihnen behandelt werden sollen. — Ganz Aehnliches bespricht Wolff (72), der bekanntlich nicht der Ansicht vieler Aerzte und besonders der Dettweiler'schen Schule ist, es sei ziemlich gleich-

gültig, wo die Anstalt errichtet wird, sondern der grossen Werth auf das „Gebirgsklima“ als ganz besonderes Heilmittel legt. — Unterberger (73) berichtet von Russland, wo es zur Zeit erst zwei Heilstätten für Schwindsüchtige giebt: die jetzt dem Kaiser gehörende Anstalt in Halila (Finland) und das Sanatorium Tren in Lindheim (Livland). Seine erste Mittheilung ist dadurch besonders interessant, dass sie die vollständige Krankengeschichte Dettweiler's enthält. — Gabrilowitsch (74) giebt einen sehr anschaulichen Bericht über Halila. — Masing (75) erzählt, wie er selbst durch einen kurzen Anfenthalt im Walde von Pikruki bei Wiborg (im östlichen Finland) von Lungentuberkulose geheilt wurde und wie das dortige Klima auch bei anderen ähnlichen Kranken Wunder verrichtete. — In entsprechender Weise rühmen Moore (76) und Edson (77) das bereits mehrfach empfohlene Colorado und Mullins (78) einen Aufenhalt in Australien, vorausgesetzt, dass es sich um Kranke handelt, denen man eine lange Seereise zumuthen kann.

Jacoby (79) meint, man müsse die Lungenschwindsucht verhüten, bez. heilen können dadurch, dass man die *Lungenspitzen blutreicher macht.* Er hat zu diesem Zwecke eine Vorrichtung erfunden, mit der der obere Thorax in heisses Wasser gesteckt und zugleich eine Strahlendusche gegen die Gegend der Lungenspitze gerichtet werden kann. Wesentlich einfacher ist sein zweiter Vorschlag, eine „Autotransfusion“ zu Gunsten der Lungenspitzen dadurch herbeizuführen, dass man den Kranken in eine Stellung bringt, bei der der obere Thorax der tiefste Theil ist. — Strasser (80) erwartet von dieser neuen „Thermotherapie“ das Beste. — Tidey (81) räth, die kranke Lunge fest mit Binden, Heftpflasterstreifen u. s. w. einzuwickeln, damit die wunden Stellen in aller Ruhe ausheilen können. — Otis (82) hält eine gewisse Lungenübung für sehr wichtig.

Winternitz (83) hält es für sehr unrecht und für unbegreiflich, dass die *Wasserbehandlung* der Schwindsucht, die mindestens eben so viel leistet, wie die besten anderen Heilmittel, trotz seiner und seiner Schüler wiederholter Empfehlung, immer noch so wenig Verwendung findet. Er geht ihren Nutzen in den verschiedenen Stadien des Leidens durch und schildert kurz die Art der Anwendung. Durchaus zu empfehlen sind die von Aberg angegebenen 3 Grade der Wasseranwendung: 1) Waschungen von Nacken, Rücken, Gesicht und Brust mit Wasser von 0°; 2) Eiswasserbegiessungen derselben Theile; 3) Vollbäder von 7—13°. W. selbst bevorzugt folgende Reihenfolge: kalte Theilwaschungen des ganzen Körpers, kalte Abreibungen, kalte Regenbäder. Besonderen Werth legt er auf möglichst kaltes Wasser und betont wiederholt, dass passende Ernährung, gute Pflege, möglichst viel gute Luft daneben von grösster Bedeutung sind.

Volland (84) setzt seinen Kampf gegen die *Uebertreibungen bei der Schwindsuchtbehandlung* kräftig fort (vgl. unsere letzte Zusammenstellung). Namentlich richtet er sich gegen die Ueberfütterung der Kranken und verlangt für sie eine ruhige Lebensweise in günstiger Umgebung, bei einer Kost, die ihren Gewohnheiten und dem, was ihr Körper braucht, entspricht. Wir halten es entschieden für wünschenswerth, dass dieser und der frühere Aufsatz von Volland von möglichst vielen Aerzten gelesen werden. — Gabrilowitsch (85) verwahrt sich dagegen, dass er eine schablonenmässige Ueberernährung empfohlen habe.

Ueber das *Heilserum* Maragliano's ist auch heute nicht viel Neues zu sagen. M. selbst giebt sich um seine Lehre grosse Mühe. Er schildert (87) die Herstellung des Serum aus Hunden, Eseln und Pferden, führt Beweise dafür an, dass es wirklich „specifische antitoxische Substanzen“ enthält, „welche die Kraft haben, in Thieren und Menschen die Wirkung der toxischen Principien der Tuberkulose zu annuliren“, und führt aus, wie man mit Hülfe des diagnostisch äusserst werthvollen Tuberkulins die Tuberkulose früh genug in die richtige specifische Behandlung nehmen kann. — Semmola (90), sowie Babes u. Proca (94) sprechen sich hauptsächlich aus theoretischen Gründen recht zweifelhaft über das Serum aus. Im Uebrigen wird mehrfach in üblicher Weise von guten Erfolgen „in geeigneten Fällen“ (!) berichtet. — Am meisten interessiren die Mittheilungen von Bussenius (93) aus der Klinik Senator's, nach denen das Serum in verschiedenen Fällen von Tuberkulose so gut wie vollständig wirkungslos war.

Niemann (95) beschreibt und empfiehlt von Neuem sein aus Ziegen gewonnenes Heilserum (vgl. letzte Zusammenstellung). — Anclair (96) berichtet über vergebliche Versuche, aus Hühnern ein Heilserum darzustellen.

Kreosot und *Guajakol* stehen etwa im gleichen Kurse wie früher. Sie unterstützten in zahlreichen Fällen eine gute hygieinisch-diätetische Behandlung. Kaatzer (98) räth, bei dem Kreosot zu bleiben, das „als Ganzes“ jedenfalls zuverlässiger sei, als Guajakol, Kreosotal, Solveol u. s. w. — Heel (99) hält das Guajakolcarbonat für das beste Präparat. — Langer (100) empfiehlt seinen bereits früher beschriebenen Kreosotal- und Guajakolcarbonat-Kefir. — Stevens (101) und Walters (102) halten das Guajakol für besonders wirksam, wenn es unter die Haut gespritzt wird. — Coghill (103) hat von dem vielgerühmten Guajakolcarbonat, eben so wie vom Guajakolbenzoyl keinen besonderen Nutzen gesehen. — Strauss (104) berichtet über Versuche, die im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. mit dem Guajecetin (entstanden durch Einführung der Carboxylgruppe in die Methylgruppe des Guajakols) angestellt wurden und ergaben, dass die meisten Kranken das Mittel gut vertragen.

Die *Lignosulfit-Inhalationen* haben wir bereits Jahrbb. CCXLVII. p. 252 angezeigt; wer sich mit dieser einfachen und symptomatisch vielleicht recht guten Behandlung vertraut machen will, findet das Nöthige in der neuesten Schrift von Hartmann (105). — Auch das *Ichthyol* wird nur als Symptomaticum empfohlen. Es soll nach Cohn (107) den Körper im Kampfe gegen die Bacillen stärken. — Carasso (109) verfügt bis Juni 1896 bereits über 50 Erfolge seiner *Pfefferminzkur* (Jahrbb. CCXLVII. p. 251). Rottmann (110) hat sie in der Mosler'schen Klinik bei 17 Kranken angewandt und gar keinen Nutzen, eher Schaden davon gesehen.

Etwas Gutes ist über die *örtliche Behandlung der Kehlkopftuberkulose* zu berichten. Zinn (111) kann nach den Erfahrungen der 2. med. Klinik zu Berlin das *Parachlorphenol* nur empfehlen. Es wirkt in 10—20proc. Glycerinlösung sehr angenehm schmerzstillend und bringt tuberkulöse Infiltrate und Geschwüre bei lange fortgesetzter Anwendung zur Rückbildung und Heilung. — Heryng (112) rühmt das von Ruault empfohlene Phenolum sulfo-ricinicum, mit dem man bei vorsichtiger Anwendung recht günstige Wirkungen erzielen kann, nicht nur gegen tuberkulöse Veränderungen, sondern u. A. auch gegen Papillome, die schon nach wenigen Bepinselungen vollständig verschwinden.

Die Mittheilung von Lortet u. Genoud (113) ist aus den politischen Zeitungen zur Genüge bekannt, sie glauben bei Meerschweinchen eine Schädigung der Tuberkelbacillen durch *Röntgen-Strahlen* gesehen zu haben.

Zum Schlusse einige Worte über die Mittheilungen zur *chirurgischen Behandlung der Lungen- und Pleuratuberkulose.*

Quincke (114), der, wie bekannt, durchaus nicht abgeneigt ist, gegen die Lungen unter Umständen ganz energisch chirurgisch vorzugehen, spricht sich der Lungentuberkulose gegenüber doch recht vorsichtig aus. Er stellt 12 Fälle, darunter einen eigenen, zusammen und kommt zu dem Schlusse, dass man wohl „versuchen" dürfe, in günstigen Fällen (bei der fibrösen Form der Phthisis) einen umschriebenen tuberkulösen Lungenherd durch Rippenresektion, ausnahmeweise wohl auch durch Eröffnung zu schnellerer Verkleinerung zu bringen. Franke (115) konnte eine tuberkulöse Caverne durch Eröffnung und Rippenresektion zu erheblicher Verkleinerung bringen. Die Kranke fühlte sich danach wohler, behielt aber bis zu ihrem Tode (an Influenza) eine Fistel. — Unverricht (116) endlich räth, sich bei dem tuberkulösen Pneumothorax nicht, wie es jetzt meist üblich ist, auf die unbedingt nothwendigen Punktionen zu beschränken, sondern in frischen Fällen und da, wo man der kranken Lunge noch eine gewisse Ausdehnungsfähigkeit zutrauen darf, einen dreisten Einschnitt in die Pleurahöhle zu machen. —

Nach dem Abschlusse dieser Zusammenstellung ist die neueste Mittheilung von Robert Koch: *„Ueber neue Tuberkulinpräparate"* erschienen (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. 1897).

K. geht zunächst auf den Unterschied zwischen Giftimmunität (Beispiel: Tetanus) und bakterieller Immunität (Beispiele: Cholera, Typhus) ein. „Das Ideal einer Immunisirung wird immer sein, den thierischen, bez. menschlichen Körper nicht nur gegen eine einzige der Schädlichkeiten, welche die pathogenen Mikroorganismen mit sich bringen, zu schützen, sondern gegen alle". Das bekannte Tuberkulin erfüllt diese ideale Aufgabe nicht. Es ist und bleibt ausserordentlich werthvoll zur frühzeitigen Erkennung der Tuberkulose, es kann bei richtiger Anwendung auch zweifellos tuberkulöse Herde zur Rückbildung und Ausheilung bringen, eine brauchbare Immunisirung schafft es aber nicht. Augenscheinlich ist diese auch mit anderen Tuberkelbacillen-*Extrakten* nicht zu erreichen, sie enthalten nicht denjenigen Bestandtheil der Bacillen, auf den es ankommt. Man muss die Bacillen in anderer Weise in Angriff nehmen.

K. berichtet nun über manche missglückte Versuche, die Tuberkelbacillen in richtiger Weise vorzubereiten, und beschreibt dann die endlich gefundene richtige Methode, die darin besteht, die Bacillen einfach mechanisch zu zertrümmern, zu zerreiben. K. zerreibt sie im Achatmörser mit einem Achatpistill, bringt die so gewonnene Masse in destillirtes Wasser und centrifugirt kräftig. Es bildet sich dann ein fester Bodensatz und eine klare Schicht, diese ist das gesuchte wirksame Immunisirungsmittel, das K. Tuberkulin O (TO) nennt.

Wegen der Einzelheiten der Darstellung, der nöthigen Vorsichtsmaassregeln u. s. w. können wir auf die Originalarbeit verweisen, die wohl bald in Aller Händen sein wird. Erwähnt sei nur noch, dass das neue Tuberkulin sich auch bei Menschen bereits mehrfach bewährt hat. K. spricht vorsichtiger Weise nur von erheblichen Besserungen, hält aber bei rechtzeitiger Anwendung des Mittels Heilungen für ganz sicher.

Das TO wird in den Höchster Farbwerken im Grossen hergestellt. Es enthält im Cubikcentimeter 10 mg fester Substanz. Man beginnt mit der Einspritzung von $^1/_{500}$ mg (Verdünnung mit destillirtem Wasser) und steigt langsam bis auf 20 mg. Dippe.

91. Ueber chronischen Rotz der menschlichen Haut, nebst einigen Bemerkungen über die Anwendung des Mallein beim Menschen; von Dr. A. Buschke. Mit 2 Tafeln. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVI. 3. p. 323. 1896.)

B. theilt einen Fall von chronischem Rotz der Haut aus der Greifswalder chirurgischen Klinik vom Jahre 1894 mit.

Ein 73jähr. Maurer erkrankte vor $^1/_2$ Jahr mit stellenweiser Röthung der Haut und Schmerzen am rechten

Zeigefinger; diese Stellen vereiterten, zum Theil bildeten sich fressende Geschwüre, zum Theil trat spontane Heilung ein. Aehnliche Erscheinungen traten alsdann auch auf dem Handrücken auf. Die Geschwürsränder waren scharf, unregelmässig, die Umgebung livid geröthet, etwas infiltrirt; die Geschwüre selbst zum Theil nierenförmig von missfarbenen Granulationen und zähem gelben Eiter bedeckt. In der Umgebung zahlreiche glänzende bräunlich pigmentirte Narben. Rechte Achseldrüsen leicht geschwollen, nicht schmerzhaft.

Eine antiluetische Behandlung war ohne Erfolg. Da Tuberkulose, Actinomykose, Carcinomatose auszuschliessen waren, wurde an Rotz gedacht. Von dem Geschwürseiter auf Kartoffeln angelegte Culturen ergaben 2 Colonien von Stäbchen, die makroskopisch denen des Rotzes ähnlich sahen; das Thierexperiment (Einspritzung einer Aufschwemmung des Eiters in Bouillon in die Bauchhöhle von 2 Meerschweinchen [Strauss]) ergab nach 4 Tagen bedeutende Hodenschwellung, die in Eiterung überging und im Eiter Rotzbacillen enthielt; die Thiere starben nach 3 und 4 Wochen und wiesen in den inneren Organen zahlreiche Rotzknötchen auf.

Auch eine von Loeffler vorgenommene Impfung einer Feldmaus mit einer Colonie der oben erwähnten Kartoffelcultur führte am 6. Tage zum Tode des Thieres, bei dem die inneren Organe von Rotzknoten durchsetzt waren. Die nach diesem Befunde nochmals erhobene Anamnese ergab nun, dass der Kranke zu der Zeit des Beginns seiner Erkrankung mit rotzkranken Pferden zu thun gehabt hatte.

Ein völlig auf ein Glied beschränkter Rotz ist bisher noch nicht mitgetheilt worden. Vier von Hallopeau, Besnier, Neisser beschriebene Fälle von Rotz weisen trotz grosser Polymorphie der klinischen Erscheinungen in vielen Punkten eine gewisse Aehnlichkeit auf; eine ungemeine Chronicität des Verlaufes (in einem Falle 6 Jahre); subcutane, intramuskuläre und subperiostale Abscesse; Lokalisation im Gesicht um den Naseneingang mit Betheiligung der benachbarten Schleimhaut; endlich eine an tertiär-syphilitische Erkrankung erinnernde Form der Efflorescenzen und Geschwüre. Die Diagnose war demnach in dem mitgetheilten Falle aus dem klinischen Bilde nicht mit Sicherheit zu stellen. Um so wichtiger ist die bakteriologische Untersuchung. In der Mehrzahl der Fälle wird das Strauss'sche Verfahren zum Ziele führen. Es fragt sich nun, ob nicht das in der Veterinärmedicin eingebürgerte Mallein sich zur Stellung der Differentialdiagnose beim Menschen eignet. Nach den Versuchen von Babes und Bonome trat auch beim Menschen nach Malleininjektion eine starke allgemeine Reaktion ein, wenn sich Rotz vorfand. Bei dem Kr. B.'s wurden unter Anwendung der Blutleere die Geschwüre exstirpirt, und die Wundflächen mit dem Thermokauter verschorft. Mehrere, 2—4 Wochen später vorgenommene Injektionen von Mallein von 0.001 bis 1.0 ansteigend bewirkten keine örtlichen oder allgemeinen Reaktionen; es schien demnach alles Kranke entfernt worden zu sein. Der Kranke ist bis jetzt 1 Jahr und 8 Monate lang gesund geblieben. B. stellt folgende Sätze auf: 1) Es giebt neben dem an und um die Nasenschleimhaut sich lokalisirenden chronischen Rotz mit meistens multiplen Herden im Körper, einen auf ein Glied lokalisirten chronischen Rotz. 2) Die aus den Rotzneubildungen hervorgehenden Rotzgeschwüre haben an sich wenig oder gar nichts Charakteristisches, sie gleichen fast vollkommen Geschwüren, die aus syphilitischen Neubildungen entstehen. 3) Die Diagnose wird gestellt durch die bakteriologische Untersuchung, und zwar durch das Strauss'sche Verfahren der intraperitonäalen Impfung, was aber noch dahin zu ergänzen ist, dass die aus dem Hodeneiter gewonnenen Bacillen durch Färbung (Gram'sches Verfahren) und Cultur mit Rotzbacillen zu identificiren sind. 4) Das Mallein ist möglicherweise auch für den menschlichen Rotz als diagnostisches und prognostisches Mittel verwerthbar. 5) Therapeutisch ist bei ganz lokalen Herden oder auch bei multiplen Herden, wenn sie einer radikalen Therapie zugänglich sind, eine Exstirpation im Gesunden, Verschorfung mit dem Thermokauter, womöglich in Blutleere ausgeführt, angezeigt.

Wermann (Dresden).

92. **Zur Therapie einiger parasitärer Hauterkrankungen**; von Dr. Adolf Schischa. (Mitth. d. Ver. d. Aerzte in Steiermark Nr. 9. 1896.)

Wie die Erfahrung lehrt, gelingt es nur schwer, die Erreger parasitärer Hauterkrankungen durch Desinficientien zu vernichten. Sch. berichtet nun über die Behandlung einiger parasitärer Affektionen mit warmen Breiumschlägen, mit denen in der dermatologischen Klinik des Prof. A. Zarisch in Prag gute Erfolge erzielt wurden. So wurde diese von Veiel neuerdings für die Behandlung des Furunkels empfohlene Methode für diese Krankheit als sehr zweckmässig befunden. Aber auch bei der Sycosis vulgaris führte sie regelmässig zum Ziele; bei starker Krustenbildung und derben entzündlichen Infiltrationen wurden Umschläge mit essigsaurer Thonerde aufgelegt und über diese warme Breiumschläge gemacht; dabei wurde 2mal täglich mit Seife gewaschen, epilirt und rasirt. Bei diesem Verfahren nahmen die Reizerscheinungen rasch ab. War die Infiltration zurückgegangen, so wurde die *Brooke*'sche Paste 2mal täglich eingerieben

Rp.	Hydrarg. oleat. 5% .	28.0
	Vas. flav. amer. . .	14.0
	Zinc. oxyd.	
	Amyl. ana	7.0
	Ichthyol.	1.0
	Ac. salicyl. . . .	1.2

und darüber gepudert. Eine überraschend schnelle Heilung bewirkten Breiumschläge ferner bei der Sycosis parasitaria über dem Burow-Umschlag aufgelegt.

Die Berichte Welander's über die günstige Einwirkung der Wärme bei Ulcus molle, Zinsser's bei Favus stimmen damit überein, dass die Wärme für viele infektiöse Hauterkrankungen ein vorzügliches, durch kein Desinficiens zu ersetzendes Mittel darstellt. Damit steht in Einklang die Beobachtung, dass Ekzeme, Lues und andere Erkrankungen während des Auftretens von Fieber

verschwinden können. Die hohe Temperatur, die gesteigerte Blutcirkulation, die Beschleunigung des Stoffwechsels, die erhöhte Lebensenergie mögen dem Körper die Vernichtung der Krankheitkeime erleichtern. Wermann (Dresden).

93. **Untersuchungen über das Mikrosporon furfur**; von Dr. Spietschka. Mit 1 Tafel. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 65. 1896.)

Sp. stellte seine Untersuchungen an 12 Fällen von Pityriasis versicolor der Pick'schen Klinik in Prag an und erhielt in allen Fällen denselben Fadenpilz. Er unterschied sich durch seine culturellen Eigenschaften von den anderen pathogenen Fadenpilzen und nicht pathogenen Schimmelpilzen. Es zeigte sich ein ausgesprochener Pleomorphismus des Pilzes, der sowohl in Formen-, wie Farbenunterschieden, wie auch in der Inconstanz der Entwickelung zur Geltung kam. Bei äusserst zahlreichen Culturversuchen, die mit Hautschuppen von den verschiedensten Erkrankungen, wie Herpes tonsurans, Eczema marginatum, Favus, Pityriasis rosea, Psoriasis u. s. w. vorgenommen wurden, wurde dieser Pilz nie gefunden. Durch Ueberimpfung von Reinculturen auf den Menschen gelang es in einem von 6 Fällen eine Erkrankung der Haut zu erzeugen, die klinisch das Bild der Pityriasis versicolor darbot und in den gebildeten Schuppen das Mikrosporon furfur in typischer Anordnung enthielt; aus diesen Schuppen liess sich der Pilz wieder züchten. Der von v. Sehlen und Unna als für Pityriasis versicolor pathogen beschriebene Pilz unterschied sich sehr wesentlich von dem von Sp. gefundenen Pilze durch die Erzeugung von Befruchtungsorganen auf künstlichen Nährböden, Verflüssigung der Gelatine, das Vorhandensein septirter, an den Enden sich verschmächtigender Hyphen u. s. w.; hingegen stimmte der von Kotljar gezüchtete Pilz in manchen Punkten mit dem oben beschriebenen überein.

Wermann (Dresden).

94. **Ein Fall von Mycosis fungoides**; von Dr. Menahem Hodara. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 5. p. 229. 1896.)

Der 12jähr. Knabe zeigte an den hinteren Flächen der Unterschenkel, sowie an der vorderen unteren Hälfte des linken Oberschenkels grosse dunkelrothe glatte Streifen, in deren Bereiche die Haut infiltrirt und verdickt erschien. Aehnliche Flecke befanden sich auch an den Ellenbogen. Auf dieser derartig veränderten Haut erhoben sich besonders an den Beinen erbsen- bis haselnussgrosse und grössere Knötchen von der gleichen Farbe und ovaler oder halbkugelförmiger Gestalt; einige mit feinen Schuppen bedeckt, andere geschwürig zerfallen; ihre Consistenz war weder ganz hart, noch ganz weich. An verschiedenen Stellen hatte eine Rückbildung dieser Infiltrate stattgefunden, ohne dass Narben zurückgeblieben waren; nur eine gelbliche Verfärbung der Haut zeigte die ehemaligen Herde an.

Die Erkrankung hatte vor 4 Jahren mit den Flecken begonnen, ohne den Kr. durch Jucken oder Schmerzen zu belästigen; seit 1 Jahre hatten sich die Geschwülste gebildet. Das Allgemeinbefinden war nicht beeinträchtigt.

Die mikroskopische Untersuchung eines Knötchens zeigte eine ungeheuere Erweiterung sämmtlicher Gefässe und reichliche Zelleninfiltration bis in die Tiefe der Cutis; das Bindegewebe war einfach verdrängt. Stellenweise fanden sich die nach Unna für die Mycosis fungoides charakteristischen Zellentrümmer, die wahrscheinlich von dem Zerfalle der Zellen herrühren. Sie werden durch den Lymphstrom weggeschleppt und erklären die Rückbildung der Knoten. Eine 2 Monate lang durchgeführte Behandlung mit Jodkalium (2—5.0 pro die) brachte keine Besserung des Leidens, sondern beförderte sogar das Auftreten neuer Knötchen.

Wermann (Dresden).

95. **Ueber Pityriasis rosea (Gibert)**; von Dr. Gustav Tandler. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVII. 1 u. 2. p. 127. 1896.)

T. beobachtete in der Pick'schen Klinik in Prag in 9 Monaten 14 Fälle von Pityriasis rosea. Die Erkrankung wies zahlreiche rosarothe, scharf umschriebene oberflächliche Infiltrate von verschiedener Grösse, Form und Anordnung auf, besonders am Stamme. Die von Brocq beschriebene „Primitivplaque“, die sich gewöhnlich am Stamme in der Gürtelgegend in elliptischer Form vorfindet und durch peripherisches Wachsthum und gleichzeitige Abheilung im Centrum kennzeichnet, war nicht mehr mit Sicherheit nachzuweisen, sei es, dass schon andere sekundäre Efflorescenzen zu derselben Grösse herangewachsen waren, sei es, dass die Primitivplaque selbst schon sich zurückgebildet hatte. Die Erkrankung begann mit geringem Juckgefühl, ohne sonstige Störungen des Allgemeinbefindens. Der weitere Verlauf kennzeichnete sich dadurch, dass durch fortdauernde Nachschübe fast die ganze Körperdecke überzogen wurde, alsdann Stillstand eintrat, die Infiltrate abblassten, ihr wallartiger Rand sich zurückbildete, und unter allmählichem Nachlassen der Schuppung und Pigmentation Heilung eintrat. Während alle über diese Krankheit berichtenden Autoren, insbesondere die französischen Beobachter, die Pityriasis rosea als eine Krankheit sui generis betrachten, erklärte Kaposi sie als identisch mit dem Herpes tonsurans maculosus. T. untersuchte nun zahlreiche Schuppen, sowohl mikroskopisch, wie auch bakteriologisch und endlich 5 exoidirte Hautstückchen; in keinem Falle liess sich weder der Pilz des Herpes tonsurans nachweisen, noch ein anderer Pilz. Der Process dürfte demnach als ein erythematöser aufzufassen sein; mit dem Herpes tonsurans ist er auf keinen Fall identisch. Wermann (Dresden).

96. **Un cas de ladrerie**; par J. Darier. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VI. 11. p. 995. 1895.)

Ein junges 23jähr. Mädchen von guter Gesundheit bemerkte vor $1^1/_2$ Jahren am rechten Vorderarme eine kleine olivenkerngrosse, unter der Haut verschiebliche schmerzlose Geschwulst, die sich nicht vergrösserte und die Haut nicht veränderte. 1 Monat später entstand am linken Vorderarme eine gleiche Geschwulst. Nach und nach entwickelten sich nun ähnliche kleine Tumoren von der Grösse einer Bohne, eines Kirschkerns oder einer Erbse, und zwar 7 an den Armen, 6 an den Schultern und am Halse, 6 am Rumpfe, 2 an den Beinen. In der

letzten Zeit traten noch weitere 4 in dem Muskelfleische der rechten Wange hinzu, 1 an der rechten Hüfte, 2 an der linken Brust. Die kleinen Geschwülste lagen mehr oder weniger tief unter der Haut, zum Theil in der oberflächlichen Muskulatur, sie waren hart und verschieblich. Die Diagnose Cysticercus cellulosae wurde durch die mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Tumor bestätigt. Auf Befragen erklärte die Kr., dass sie einen Bandwurm beherberge, und zwar ergab sich das Vorhandensein einer Taenia solium. Einige der Cysticerken wurden durch Punktion, andere durch Elektrolyse (positiver Pol, 8—10 M.-A.) beseitigt.

Wermann (Dresden).

97. **Ein Fall von Xeroderma pigmentosum Kaposi**; von Dr. Graf in Jena. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 172. 1897.)

Gr. theilt eine neue Beobachtung des so seltenen *Xeroderma pigmentosum Kaposi* mit, einer Hautkrankheit, die mit der grössten Regelmässigkeit zur Entwickelung maligner Tumoren, meist Carcinomen, führt.

Der Fall betraf einen 17jähr. Kr.; die Krankheit sollte im 1. Lebensjahre begonnen haben, und zwar seien zuerst flache rothe Flecken auf den der Sonne ausgesetzten Körpertheilen aufgetreten, später sei es zur Blasenbildung gekommen, die Blasen seien geplatzt, zu Borken eingetrocknet und an Stelle der Borken seien weisse Narben getreten. Der Sitz der Erkrankung waren Kopf, Gesicht, Hals und Unterarme. Einzelne Pigmentflecken auf der Brust und auf den Oberarmen verschwanden gegenüber den dem Sonnenlichte ausgesetzten Stellen.

Gr. scheint die Auffassung von der Natur des *Xeroderma pigmentosum* die richtige zu sein, nach der unter dem Einflusse des Sonnenlichtes rothe Flecken auftreten, durch die Entzündung bedingt reichliche Pigmenteinwanderung folgt und der fortwährende Reizzustand der Haut zur Carcinomentwickelung führt. P. Wagner (Leipzig).

98. **Ett fall af scleroderma diffusum**; af Constantin Peterson. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 2 o. 3. s. 138. 1897.)

Ein 59 Jahre alter Arbeiter, ohne jede erbliche Anlage, nicht syphilitisch inficirt, fiel im Frühjahre 1893 bei strenger Kälte in eine Moorlache, wurde nach einer kurzen Zeit herausgezogen und in seine nahe gelegene Wohnung gebracht. Nach ungefähr 14 Tagen stellte sich allmählich Jucken in der Haut ein, das besonders in der Nacht heftig war, und die Haut wurde zugleich steif und begann sich zu verfärben. Am 20. April 1896 wurde Pat. wegen Osteitis des linken Proc. masteideus nach Otitis media im Lazareth zu Falun aufgenommen. Pat. war matt, ängstlich, mitunter sehr deprimirt, die Intelligenz gut, die Esslust ziemlich gut, der Schlaf gering. In der Haut, die strammte, als ob sie zu eng wäre, fanden sich unregelmässig angeordnete, grössere und kleinere, braun pigmentirte Flecke zwischen normaler Haut. An den Volarseiten der Hände, an den Fingern, an den Streckseiten der Unterschenkel, an den Füssen und am Penis und Scrotum war die Haut nicht abnorm pigmentirt, die Conjunctivae und die sichtbaren Schleimhäute erschienen normal. Die Haut war sklerotisch, zum Theil von narbiger Beschaffenheit, an den darunter liegenden Knochen unbeweglich fixirt, Gesicht, Vorderarme und Hände erschienen, als wenn sie buchstäblich nur aus Haut und Knochen beständen, die Muskulatur war an diesen Stellen atrophirt. In den Ellenbogen-, Hand- und Finger-Gelenken waren die aktiven und passiven Bewegungen wesentlich eingeschränkt, mehr rechts als links; in den Fingergelenken und den Ellenbogengelenken bestand Flexioncontraktur. An den am meisten veränderten Stellen erschien die Haut kälter als normal, Sensibilitätstörungen fanden sich nirgends. Der Scheitel war kahl, in dem Nacken und an den Schläfen war das Haar dünn und kurz, Bart und Nägel waren normal. Es bestand etwas gesteigerter Patellarreflex, sonst nichts Abnormes. Als Pat. am 1. Juli entlassen wurde, war der Zustand der Haut unverändert. Walter Berger (Leipzig).

99. **En ovanlig form af infektion i huden och underhud med dödlig utgång**; af G. Ekehorn. (Upsala läkareofören. förhandl. N. F. II. 4. s. 207. 1897.)

Bei einem 4 Jahre alten Knaben entstand im August 1895 in der rechten Wange ein harter Knollen, der unempfindlich war, allmählich wuchs und Anfang September die ganze Wange einnahm. Mitte September stellten sich Fieber und allgemeines Unwohlsein ein. Bei einer Incision in die bretharte Geschwulst fand sich kein Eiter. Bei der Aufnahme im Krankenhause zu Hernösand, am 4. Nov. 1895, erstreckte sich die nur wenig empfindliche Geschwulst vom Auge bis zum unteren Rande des Unterkiefers, vom Ohr bis zur Nase, diese nach links verschiebend. An der Stelle der früher gemachten Incision fand sich ein offenes, granulirendes Geschwür, aus dem dünnes, etwas grünliches Sekret abfloss; in diesem Sekrete fanden sich Bacillus pyocyaneus und Staphylococcus pyogenes aureus. Beide rechten Augenlider waren ödematös, aber nicht hart; in ihnen bildeten sich durch sekundäre Infektion Abscesse, in deren Inhalte sich zum grössten Theile gewöhnliche Kokken fanden; die Abscesse wurden geöffnet, die Incisionwunden heilten bald. Tiefe Incisionen in die Geschwulst ergaben keinen Eiter. An den Wundrändern des alten Geschwürs war die Unterhaut in Zerfall begriffen, von einer eigenthümlich brüchigen und morschen Beschaffenheit, von halbfester Consistenz und weisslich grau verfärbt. Durch wiederholte Incisionen in verschiedener Richtung wurden die zerfallenen Massen, in denen sich Eiter und Bakterien verschiedener Art fanden, entfernt, wonach sich die Wange etwas besserte, aber sehr langsam.

Am 6. November trat wieder hohes, unregelmässiges Fieber auf, das 3 Wochen anhielt, und es entstanden neue Infiltrationen an der rechten Seite des Kinns und hinter dem rechten Ohr. Nach Incisionen und Entfernung kleiner Stücke behufs der Untersuchung schienen die Wundränder anfangs Neigung zur Verheilung zu haben, es bildeten sich aber bald Geschwüre, deren Ränder ganz so beschaffen waren, wie an der ersten Geschwulst. Nach allmählichem Zerfall der infiltrirten Theile heilten beide Geschwüre schliesslich vollständig, nur am Kinn blieb lange Zeit Verhärtung zurück. Unter Anwendung des scharfen Löffels zog sich auch das Geschwür an der Wange zu einer kleineren granulirenden, wenig secernirenden Fläche zusammen. Das Befinden des Kindes besserte sich.

Anfang Februar 1896 wurde eine neue Verhärtung am Rande des linken Unterkiefers bemerkt und vom Ende Februar an bildeten sich mehrere neue Infiltrationen von verschiedener Grösse an den Beinen, an den Armen und am Rumpfe. Alle waren von derselben Art wie die früheren, in keiner entwickelte sich Eiter, so lange keine Incision gemacht wurde; nach Incisionen traten dieselben Veränderungen ein wie bei den früheren. Eine Geschwulst am Bauche wurde vollständig ausgeschnitten, die Incisionwunde heilte nach Naht und es blieb keine Verhärtung zurück. Alle Infiltrationen begannen als kleine, unempfindliche Knötchen unter der Haut, sie waren anfangs verschiebbar, wuchsen meist langsam und immer weiter, wenn sie unberührt blieben. Die Haut über ihnen war anfangs normal, wurde aber bald ebenfalls infiltrirt und allmählich braun gefärbt. Wenn ein Infiltrat eine Zeit lang bestanden hatte, trat in seiner Mitte an der Haut Abschuppung ein, bei grösseren Infiltraten mit Absonderung einer serösen, Krusten bildenden Flüssigkeit; dann nahm die Verhärtung ab. Manche zeigten

nach einer gewissen Zeit einen Rückgang von der Mitte aus. An manchen Infiltraten konnte man beobachten, dass die Infiltration in einer gewissen Richtung vorwärts ging. Während der ganzen Zeit hatte Pat. fortwährend Fieber, er kam sehr herunter und starb am 25. August.

Bei der *Sektion* fanden sich in den inneren Organen nur unbedeutende Veränderungen. Die excidirten Stücke hatten nie die feste Consistenz, die man nach der Härte der infiltrirten Theile hätte erwarten sollen, weil ein Theil des ödematösen Exsudates, das die Gewebe gespannt hielt, aus der Schnittfläche abfliessen konnte. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich, dass der Process im Wesentlichsten entzündlicher Natur war, und der Ausgangspunkt des Processes schien an der Grenze zwischen Haut und Unterhautgewebe zu liegen; hier fanden sich Stellen, wo die Veränderungen weit vorgeschritten waren, wo man die normalen Gewebeelemente nicht mehr erkennen konnte. Die, wie es schien, dicht zusammengedrängten, nicht mehr deutlichen Zellen nahmen die gewöhnliche normale Kernfärbung nicht mehr an; es fand sich eine Entartung irgend einer Art vor.

Bei der bakteriologischen Untersuchung fanden sich an frischen Schnitten von uneröffneten Infiltraten die nach den Incisionen gefundenen Mikroorganismen (Bacillus pyocyaneus und Staphylococcus pyogenes aureus) nicht vor, diese mussten also erst von aussen in die Wunden gekommen sein. In den infiltrirten Geweben wie im Gewebssaft fand E. nur eine Bacillenform. Diese Bacillen kamen oft in grossen Mengen, bald einzeln, bald in Colonien von verschiedener Ausdehnung vor, meist als Diplobacillus oder in Ketten. Die Bakterien waren an Grösse verschieden, in der Regel kurz, gewöhnlich etwas kleiner als Bacterium coli, manchmal so kurz, dass sie mehr Kokken als Bakterien glichen, oft waren sie von einer glänzenden, klaren, homogenen Masse umgeben, die viel Aehnlichkeit mit einer Kapsel hatte und auch ganze Colonien einschliessen konnte, an manchen Colonien und einzelnen Bacillen war aber eine solche einschliessende Substanz nicht deutlich zu erkennen. In Form und Cultur zeigten diese Bacillen grosse Uebereinstimmung mit denen des Rhinoskleroms.

Auch in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung zeigte die Krankheit grosse Uebereinstimmung mit dem Rhinosklerom, nur trat die Krankheit an weit auseinander gelegenen Körperstellen auf; E. ist demnach geneigt, die Krankheit als dem Rhinosklerom nahestehend zu betrachten.

Walter Berger (Leipzig).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

100. Sur le traitement des prolapsus génitaux; par L. G. Richelot. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 522. Nov. 1896.)

Nach R.'s Ansicht können die Erweiterungen in Folge der Geburt nur bei Frauen Vorfall bewirken, die dazu disponirt sind. Bei diesen kann aber auch Vorfall eintreten ohne Schwangerschaft und Niederkunft. So hat R. 4 Frauen im Alter von 16—19 Jahren operirt, die noch nicht geboren hatten. Diese Frauen gehören zur Klasse der *„Arthritiker"*; sie leiden an einer Erschlaffung des Bindegewebes, an Brüchen, Senkungen der Nieren, Magenstörungen, Neurasthenie. Auch nach der Heilung des Vorfalls bleiben Migräne, Ekzem, Gelenkschmerzen, Varicen, Verstopfung zurück. R. nimmt an, dass die vordere Scheidenwand zunächst in die erweiterte Schamspalte tritt und danach die mangelhaft unterstützte Gebärmutter herabtritt, wenn sie nicht angewachsen oder stark vergrössert ist. Aus praktischen Gründen theilt er die Vorfälle ein in: 1) Vorfall der Scheidenwände. Die Gebärmutter bleibt versteckt. Cysto- und Rectocele können vorhanden sein. 2) Vorfall der Scheide und Gebärmutter. Die Gebärmutter ist in die Schamspalte eingetreten oder aus ihr ausgetreten. Sehr gewöhnlich ist dabei eine Verlängerung des Gebärmutterhalses; es können Fibrome oder Krankheiten der Anhänge vorhanden sein.

Als wesentliche Behandlungsmethode kommt nur die Operation in Betracht. R. betont, dass jede erfolgreiche Methode in ausgiebiger Verengung der Scheide und Verbreiterung des Damms bestehen muss.

Die verschiedenen Methoden der Aufhängung der Gebärmutter und Scheide, allein angewandt, sind werthlos, da die Befestigungen nachgeben. Das Gleiche gilt von der Entfernung der Gebärmutter wegen Vorfalls. R. hat diese Operation 6mal ausgeführt (4mal wegen Hypertrophie der Gebärmutter, Fibromen, beiderseitigen Erkrankungen der Anhänge). 2 Kranke verlor er aus dem Gesicht; die übrigen 4 bekamen Rückfall. R. hält auch die Vereinigung der Scheide mit den Stümpfen der breiten Mutterbänder, die auch ohne Naht eintritt, nicht für geeignet, einen Rückfall zu verhüten.

R. ist ein überzeugter Anhänger der Hegar'schen Vorfalloperation. 76 Kolporrhaphien ergaben ihm 10 = 13% Rückfälle. Von diesen Frauen sind aber nachträglich noch 8 dauernd geheilt worden, 2 (alte) durch Scheidenverschluss, 6 durch eine zweite Kolporrhaphie.

Die Amputation des Gebärmutterhalses lässt R. der Kolporrhaphie nur bei starker Verlängerung desselben vorausgehen. Ist man genöthigt, die Gebärmutter wegen Erkrankung ihrer selbst oder der Anhänge mit zu entfernen, so räth R., nicht mit Klemmen zu arbeiten und eine Kolporrhaphie anzuschliessen.

J. Praeger (Chemnitz).

101. Traitement des rétrodéviations utérines; par Doléris. (Ann. de Gynécol. XLVI. p. 438. Oct. 1896.)

Die Erfahrungen, die D. bei Behandlung von über 400 Rückwärtsverlagerungen innerhalb 12 J. gewonnen hat, haben ihn davon überzeugt, dass die Behandlung der oft damit verbundenen Metritis nicht zur Hebung der Beschwerden genügt. Bei Erkrankungen der Anhänge empfiehlt er zunächst eine abwartende Behandlung; nach eventueller Abheilung derselben Pessarbehandlung; im anderen Falle Operationen, die die Heilung der Adnexerkrankungen und die Verbesserung der Lage gestatten. In einfachen Fällen, die nur mit Metritis

verbunden sind, genügen oft Operationen am Gebärmutterhals, bez. Endometrium, verbunden mit Verkürzung der runden Mutterbänder.

Ein 2. Theil der Rückwärtsverlagerungen entsteht in Folge von Schwäche der muskulären Bänder oder auf nervöser Basis. Im ersteren Falle ist nur operativ zu behandeln, die Ringbehandlung ist regelmässig ohne Erfolg: die letzteren Verlagerungen bessern sich oder lassen sich heilen durch Behandlung des nervösen Zustandes.

Die 3. und häufigste Gattung der Rückwärtsverlagerungen beruht auf traumatischem Ursprung, meist in Folge von Entbindungen; seltener durch Sturz, Anstrengung, die meist nur die vorhandene Falschlage verschlimmern. Es handelt sich dabei um Verletzungen des Bandapparates der Gebärmutter, um Verletzungen des Gebärmutterhalses und Verletzungen des Beckenbodens. In erster Linie kommt hier die Ringbehandlung in Frage.

Von operativen Maassregeln genügen die Operationen an Gebärmutterhals, Scheide und Damm meist nur in Fällen von beginnendem Vorfall, verbunden mit leichter Rückwärtsknickung, sonst hält D. immer eine gleichzeitige Befestigung der Gebärmutter in der Normallage für nöthig. Er fügt deshalb der Ausschabung, der Operation am Gebärmutterhals, der vorderen Scheidennaht und Dammplastik bei beweglicher Rückwärtsknickung die Verkürzung der runden Mutterbänder nach Alexander hinzu; nur in Fällen, wo Erkrankungen der Anhänge oder Geschwülste gleichzeitig vorhanden sind, die Anheftung der vorderen Gebärmutterwand an die Bauchwand. D. hat nach ca. 150 Alexander-Operationen keine lokalen Schmerzen oder Brüche gesehen. In den Fällen, in denen trotz dieser Operation der Gebärmutterhals nicht nach hinten rückt, verengt D. das hintere Scheidengewölbe durch eine grosse retrocervikale Scheidennaht. J. Praeger (Chemnitz).

102. **Dreiunddreissig vaginale Uterusexstirpationen nach Péan-Richelot**; von Dr. Justus Schramm in Dresden. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 355. 1896.)

Als einer der ersten in Deutschland hat Schr. die Klemmenmethode angewandt und seit April 1889 33 Uterusexstirpationen auf diese Weise ausgeführt. Neben 8 Uterusmyomen, 2 totalen Prolapsen und einem mit Pyocele retrouterina verwachsenen Uterus wurden 22 Carcinome derart operirt. Die Mortalität betrug 5 = 15.1%. Dieses anscheinend ungünstige Resultat wird hauptsächlich aus der erweiterten Indikationstellung bei Auswahl der Fälle erklärt. [Ref. kann diese Erweiterung bezeugen. Bei Fall 23 stark zerklüftetes Geschwür der Portio mit Uebergang auf das linke Scheidengewölbe und Infiltration des Parametrium, Tod am 3. Tage unter Erbrechen und Meteorismus, war von ihm vorher die Totalexstirpation als aussichtlos abgelehnt worden.] Es liegt eben in der Natur der Sache, dass bei Erprobung einer neuen Methode die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit erst unter Opfern festzustellen sind. Auch Schr. will in Zukunft die Klemme zur palliativen Behandlung nur ganz ausnahmeweise anwenden, falls heftige Schmerzen dazu drängen. Von Fall 14 (jauchendes Geschwür der Portio auf die vordere Scheidenwand übergehend), der am 8. Tage durch Ileus tödtlich endete, heisst es: „Patientin hatte den Tod selbst verschuldet, in Folge grosser Unruhe, Wälzen im Bett, Zerren an den Instrumenten und Austrinken des Eisbeutels. Letzteres führte zu heftigem Erbrechen u. s. w.“ [sollte das Verhalten der Patientin nicht eine andere Erklärung des Todes nahelegen? Ref.].

Die 22 Totalexstirpationen bei Carcinom bilden 20.9% der 105 überhaupt in dem Zeitraume behandelten Uteruscarcinome. Recidivfrei blieben bisher 5 Operirte (1—5½ Jahre der Beobachtung). Bei 4 anderen traten inzwischen Recidive ein, 4 sind im Anschluss an die Operation, 5 später gestorben. Die Technik der Operation weicht wenig von der anderer Aerzte ab. Die Klemmen werden 24—36 Stunden nach der Operation entfernt. Die Vortheile des Klemmverfahrens bestehen nach Schr. in: 1) kürzerer Dauer und bequemerer Ausführung der Operation; 2) sicherer Blutstillung und geringerem Blutverlust; 3) der Möglichkeit, dass auch bei Operation in zweifelhaft gesundem Gebiet, durch die nach Anwendung der Klemmen eintretende Nekrose, alles Kranke nachträglich ausfällt; 4) der gefahrloseren Ausführbarkeit der Operation in bereits vorgeschrittenen Fällen; 5) der einfacheren Nachbehandlung, ohne die lästige Entfernung von Ligaturen. Brosin (Dresden).

103. **50 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus nach der Doyen-Landau'schen Methode**; von Dr. Georg Burckhard. (Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 382. 1897.)

In der Frauenklinik zu Greifswald wurde von Pernice seit 1887 unter 188 Fällen von maligner Neubildung des Uterus bei 48 Carcinomen und 2 Sarkomen (26.6%) die Totalexstirpation mittels der Klemmenmethode ausgeführt. Es wurde nur operirt, wenn der Uterus vollkommen beweglich und die Parametrien frei von carcinomatösen Massen waren. Etwa 3—4 Tage vor der Operation findet eine Vorbehandlung des Carcinoms statt. Nach der Operation wird in die Blase ein Dauerkatheter gelegt. Die Zangen werden nach 2 Tagen, die Gaze nach 7 Tagen entfernt. Unmittelbar nach der Operation starben 10 Franen (= 20%). Recidive traten auf bei 18 (= 36%), recidivfrei blieben bisher 17 (24%). Mit voller Sicherheit sind als geheilt zu betrachten 9 Kr. (18%). Eine Nachblutung ist nie beobachtet worden. An Vortheilen wird der Methode zugeschrieben die grössere Schnelligkeit, mit der die Operation vollendet wird, ohne dass die Blutstillung darunter leidet, und die

grössere Sicherheit, Nebenverletzungen zu vermeiden, und endlich die Möglichkeit, in vorgeschritteneren Fällen zu operiren.

Brosin (Dresden).

104. **Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett;** von Dr. A. L. Hohl. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 410. 1896.)

Nach Mittheilung und Besprechung von 5 einschläglichen Fällen der Frauenklinik zu Halle kommt H. zu folgenden Schlüssen: 1) In der Schwangerschaft ist die Ovariotomie womöglich in den ersten Monaten auszuführen. Die Frühgeburt kann für die Fälle in Betracht kommen, in denen intraligamentärer Sitz eine schwierige Operation vermuthen lässt, und bei fest verwachsenen Tumoren. Punktion kommt als therapeutische Maassnahme nicht in Betracht. 2) In der Geburt ist zunächst die Reposition des Tumor, womöglich in Narkose, auszuführen. Gelingt diese nicht, so ist bei cystischen Tumoren oder in zweifelhaften Fällen zu punktiren, eventuell die Incision von der Vagina aus vorzunehmen. Bei festen Tumoren und lebendem Kind ist die Sectio caesarea auszuführen, an die, je nach dem Falle, die Ovariotomie anzuschliessen oder für das Wochenbett aufzuschieben ist. Es ist nicht statthaft, die Ovariotomie auszuführen und die Geburt dann von unten zu beendigen. 3) Im Wochenbett ist möglichst frühzeitig, spätestens in der 2. Woche, oder wenn andere Erscheinungen drängen, die Ovariotomie vorzunehmen. (v. Herff ovariotomirte im Falle 3, bei einem punktirten Dermoid, 2 Stunden nach der Geburt.)

Brosin (Dresden).

105. **Ueber die Beziehungen zwischen Myom und Sterilität;** von M. Hofmeier. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 43. 1896.)

In einem Vortrage vor der Naturforscherversammlung zu Frankfurt a. M. führt H. die bereits in der Zeitschrift für Gynäkologie und Geburtshülfe geübte Kritik der bisherigen Anschauung, dass die Myome die Sterilität begünstigen und die Fruchtbarkeit vermindern, weiter aus. Unter 327 Myomkranken waren 20.8% unverheirathet (davon hatten 5 geboren), verheirathet 79.2%, dabei steril 20.5% der Gesammtzahl. Die Dauer der sterilen Ehe betrug im Durchschnitte 16 Jahre, das Durchschnittsalter der sterilen Frauen 41.8 Jahre.

Zum Vergleiche zieht H. das allgemeine gynäkologische Material seiner Privatpraxis heran. Unter 2220 Kranken waren 11.3% unverheirathet, 22.6% Kranke mit primärer und erworbener Sterilität (davon erworben 8%). Das Durchschnittsalter von 100 primär Sterilen betrug 28.3 Jahre.

Der geringe Unterschied zwischen den primär sterilen und den myomkranken Frauen, die primär steril waren, ist mehr durch das Ueberwiegen der Unverheiratheten unter den Myomkranken bedingt, da die Myome unverhältnissmässig häufig Unverheirathete zum Arzte führen. Dass die Myome Ursache der Sterilität seien, dagegen spricht wesentlich, dass die Frauen in einem Durchschnittsalter von 42 Jahren sich befanden und die sterile Ehe durchschnittlich bereits 16 Jahre dauerte. Es ist unwahrscheinlich, dass vom 26. Jahre an das Myom, von dessen Vorhandensein keinerlei Symptome sich zeigten, die Empfängniss gehindert haben soll. Auch war eine Anzahl von Patienten im Beginne der Ehe wegen Sterilität untersucht worden und es war damals nichts von Myomen gefunden worden. Unter den 503 primär und sekundär sterilen Frauen, die H. consultirten, waren nur 7, die innerhalb der ersten 5 Jahre der Ehe wegen Sterilität mit Myomen zu H. kamen. Und in 3 dieser Fälle konnte überhaupt nur von der Möglichkeit eines Einflusses des Myoms die Rede sein.

Die etwas geringere Fruchtbarkeit der myomkranken Frauen ist auf die grosse Zahl mit nur *einer* Schwangerschaft zurückzuführen. Allein auch hier liegt diese so weit zurück (Durchschnittsalter 43.7 Jahre, vor 16 Jahren letzte Schwangerschaft), dass man kaum das Myom als Ursache der geringeren Fruchtbarkeit ansehen kann.

J. Praeger (Chemnitz).

106. **Fibrome sous-péritonéal pediculé de l'utérus et hématocèle rétro-utérine;** par J. Vanverts. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 753. 1896.)

Der von V. beschriebene Fall von gestieltem Uterusmyom bei einem 18jähr. Mädchen, das nach der Operation an akuter Sepsis starb, war durch seine Komplikation bemerkenswerth. Der bis zum Nabel reichende Tumor sass gestielt auf dem rechten Uterushorn. Ausserdem hatte rechterseits eine Tubenschwangerschaft bestanden, die im 2. Monate geplatzt war und eine Hämatocele retrouterina verursacht hatte.

V. erklärt diese Komplikation dadurch, dass die durch den Stiel verursachte Verengerung des Eileiters eine derartige gewesen sei, dass der Eileiter zwar für das Sperma noch durchgängig war, nicht aber für das langsam durchwandernde Ei. Radestock (Dresden).

107. **Des fibromyomes de la portion abdominale du ligament rond;** par P. Delbet et P. Héresco. (Revue de Chir. XVI. 8. p. 607. 1896.)

D. u. H. entfernten bei einer 48jähr. Frau ein 10 Pfund schweres *Fibromyom* der Abdominalportion des rechten Ligamentum rotundum. In der Literatur finden sich nur noch 4 Fälle von Fibromyomen des Bauchtheiles dieses Ligamentes (Kleinwächter, Duncan, Winckel, Leopold). Alle 5 Fälle betrafen Frauen im Alter von 40—50 Jahren, die bereits mehrfach geboren hatten. Nach anfänglich langsamem Wachsthume tritt meist plötzlich eine erhebliche Vergrösserung ein, die das Allgemeinbefinden schwer benachtheiligt und zu einem operativen Eingriffe drängt. Die Menopause scheint keinen Einfluss auf die Geschwulstentwickelung zu haben. Von 3 operirten Kranken überstand nur die Kranke D.'s u. H.'s die Operation glücklich. Die bei grosser Geschwulst

vorhandenen schweren Störungen des Allgemeinbefindens haben meist zu der Diagnose einer bösartigen Eierstocksgeschwulst geführt, obschon die Lage der Geschwulst *vor* dem Uterus gegen Ovarientumor spricht. Ausserdem fehlt bei den Fibromyomen Ascites, während aber andererseits Verwachsungen mit den Nachbarorganen beobachtet worden sind. P. Wagner (Leipzig).

108. **Schwangerschaft und Geburt bei Uterus duplex septus seu bilocularis und Vagina septa**; von W. Beckmann in Petersburg. (Petersb. med. Wchnschr. XXI. 40. 1896.)

23jähr. Frau. Seit 17. Jahre menstruirt, nach dem 20. Jahre war die Regel $1^{1}/_{2}$ Jahre ausgeblieben. Letzte Regel vor 3—4 Monaten. B. stellte am 25. Nov. 1896 die Diagnose einer Schwangerschaft im 3. Monate in der rechten Hälfte der Gebärmutter. Am 8. Mai wurde die Kr. aufgenommen. Becken normal. Die obere Hälfte der Gebärmutter nahm ausschliesslich die rechte Bauchhälfte ein. Erst 3 Querfinger über dem Nabel schnitt die linke Kante die Mittellinie; unterhalb dieser Stelle lag die Gebärmutter also auch in der linken Bauchhälfte. Hier fühlte man die harte linke Gebärmutterhälfte, der weicheren schwangeren anliegend. Herztöne in der Mittellinie unterhalb des Nabels. Kleine Kindestheile im Beckeneingange und Gebärmuttergrunde fühlbar. Oberhalb des Harnröhrenwulstes eine fleischige Zwischenwand der Scheide, zunächst kammförmig, von der Mitte der Scheide ab ein vollständiges Septum bildend. Auf der hinteren Scheidenwand gleichfalls kammförmiger Abfall. Im Scheidengewölbe rechts und links je ein Muttermund. Vorliegend ein grosser Kindestheil. Am 20. Juni Geburt in Steisslage. Bei der vollständigen Erweiterung des Muttermundes war nur ein Muttermund zu finden. Der Steiss wurde durch Emporschieben der Scheidewand, die beim Durchtritte einriss, durch die linke Scheide geleitet. Nachgeburt nach $^{1}/_{2}$ Stunde ausgedrückt. Bei der Untersuchung post operat. fand man die Reste einer Scheidewand im Gebärmutterhalskanal. Unmittelbar nach der Geburt liess sich keine 2. Gebärmutterhöhle finden. Das Segel im Halskanale sowohl, als die Scheidenzwischenwand wurde abgetragen. In der Scheide fortlaufende Naht. Normaler Verlauf. Am Tage nach der Geburt wurde ein decidualer Ausguss der linken Gebärmutterhöhle ausgestossen, auch gelang am 30. Juni die Sondirung beider Höhlen (rechts 14, links 11 cm).
J. Praeger (Chemnitz).

109. **Twenty years experience of midwifery practice, with special remarks on vaginal douching during the puerperium**; by J. Stitt Thomson. (Edinb. med. Journ. XLI. 12. p. 1132. June 1896.)

Th. berichtet über seine Erfahrungen als praktischer Geburtshelfer in einer kleineren schottischen Stadt (Dalkeith) in den Jahren 1875—95. Unter den 2000 Geburten, die er zu leiten hatte, hat er keinen Tod einer Mutter zu beklagen gehabt, wahrscheinlich deshalb, meint er, weil er nie gezögert hat, ein Kind zu opfern, um die Mutter zu retten. Er betont die Nothwendigkeit der absoluten Reinlichkeit und der Beschränkung der innerlichen Untersuchung. Th. hat durchschnittlich in jedem 5. Falle die Zange angelegt. Die ursprüngliche Credé'sche Methode der Nachgeburtbehandlung verwirft Th., da er von dem zeitigen Ausdrücken Verlagerungen der Gebärmutter erwartet. Er giebt unmittelbar nach der Geburt Ergotin, übt einen allmählichen Druck auf die Gebärmutter nach der Geburt des Kindes aus. Nach 15 Minuten entfernt er die Nachgeburt unter gleichzeitigem Zuge an der Nabelschnur und Druck von oben.

Im Gegensatze zu dem gewöhnlichen Gebrauche in England und Schottland lässt Th. nach normalen Entbindungen, zu denen er auch die Zangenentbindungen rechnet, nicht die Scheide ausspülen, sondern nur die äusseren Geschlechtstheile reinigen. Er findet es nicht wunderbar, dass bei der jetzigen Handhabung, bei der die Wärterinnen kurz nach der Entbindung ein Spülrohr in die Scheide führen, von 1871—94 50542 Frauen in England an Kindbettfieber gestorben sind.
J. Praeger (Chemnitz).

110. **Ein Beitrag zur Lösung der Kaiserschnittsfrage**; von Dr. K. Strebel. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 322. 1896.)

Von November 1890 bis Mai 1896 wurden von Wyder in der Züricher Frauenklinik 10 Kaiserschnitte ausgeführt mit einer Mortalität von $10^{0}/_{0}$ für Mutter und Kind. Von diesen Fällen, über die eingehend berichtet wird, betrafen 3 Zwerginnen mit einer Körpergrösse von 97, 130 und 117 cm. 4mal wurde nach Porro operirt. Die Klinik steht auf dem Standpunkte, dass bei relativer Indikation die Sectio caesarea auf Kosten der Perforation des lebenden Kindes auszudehnen ist, so weit klinische Behandlung zu ermöglichen ist. Zu bevorzugen ist sie gegenüber der Symphyseotomie. Wendung und hohe Zange kommen bei relativer Indikation für den Kaiserschnitt bei Beckenenge 1. Grades diesem gegenüber um so seltener in Frage, je besser die Resultate der Sectio caesarea sich gestalten.
Brosin (Dresden).

111. **Födsel 3 Aar efter Symfyseotomi**; af Th. B. Hansen. (Hosp.-Tid. 4. R. IV. 25. 1896.)

Eine 33 Jahre alte verheirathete Frau war vorher sehr schwer von einer todten Frucht in Steisslage entbunden worden. Die Beckenmaasse waren folgende: Cr. ilei 27, Sp. il. 25, Conj. diagon. knapp 10 cm, die Conj. vera maass also reichlich 8 cm. Bei der 2. Entbindung vor 3 Jahren lag die Frucht in Scheitelstellung; trotz langwieriger und kräftiger Wehen blieb der Kopf unbeweglich im oberen Beckeneingange stehen, während dabei eine gefahrdrohende Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes eintrat; der Contraktionsring wurde 2 Finger breit unter dem Nabel gefühlt. Da die Eltern baten, Alles zu thun, um das Kind lebend zur Welt zu bringen, entschloss sich H. zur Symphyseotomie und extrahirte dann mit der Zange. Der Spalt in der Symphyse klaffte beim Herabpressen des Kopfes ungefähr 6 cm, nach der Vollendung der Entbindung noch $1^{1}/_{4}$ cm. Das kräftige lebende Kind wog 3500 g und hatte einen Kopfumfang von 36 cm. Nur die Weichtheilwunde wurde mit Suturen vereinigt. Das Wochenbett verlief gut und die Kr. konnte, nachdem sie 5 Wochen lang im Bette gelegen hatte, gut und sicher gehen. Gegen 2 Jahre danach machte die Frau einen Abortus im 3. Monate durch, nachdem sie das Gefühl einer Senkung hatte, auch in der folgenden Schwangerschaft soll die Vagina mitunter etwas prolabirt gewesen sein.

Am 28. Febr. 1896, 3 Jahre nach der Symphyseotomie, kam die Frau wieder zu H. zur Untersuchung; sie war wieder schwanger und erwartete die Geburt Anfangs März. Die äusseren Beckenmaasse waren dieselben wie früher; bei Rückenlage der Frau mit abducirten Beinen konnte der kleine Finger in den Symphysenspalt gelegt werden, in aufrechter Stellung war der Spalt enger, aber doch noch deutlich; es bestand ausserordentlich starke Beweglichkeit der Symphysenenden, trotzdem aber erlitt der Gang keinerlei Störung. Am 7. März begann das Fruchtwasser abzugehen, aber erst in der Nacht vom 10. zum 11. stellten sich kräftige Wehen ein. H. fand die Frucht in Schulterlage mit dem Kopfe in der linken Seite, den Rücken nach vorn, den rechten Ellenbogen tief in der Vagina. Bei Chloroformnarkose gelang es, die Wendung auf einen Fuss auszuführen. Nach der Wendung wurde die Narkose unterbrochen und bald stellten sich Wehen ein, die die Frucht rasch und ohne Hülfe austrieben. Während der Austreibung konnte H., da er mit dem Kinde beschäftigt war, das Verhalten der Symphyse nicht controliren, unmittelbar nachher aber konnte H. die Finger der einen Hand von aussen, die der anderen von der Vagina aus in den Spalt bringen, wobei er das Gefühl hatte, als bestände in dem Spalte nur Haut und Schleimhaut. Das Kind war todtgeboren (in Folge von Compression der Nabelschnur), wog 3250 g und hatte einen Kopfumfang von 34 cm. Das Wochenbett verlief gut, nach 3½ Wochen liess H. die Kr. aufstehen, sie konnte ungehindert gehen bei 1 cm weit klaffender Symphyse.

Was in diesem Falle von besonderem Interesse ist, ist der Umstand, dass die Bedingung, die vor 3 Jahren durch die Operation herbeigeführt werden musste, die Vergrösserung des Beckenringes durch Trennung der Symphyse, sich bei der neuen Entbindung wieder spontan vorfand, ohne dass die Funktion des Beckens dadurch gelitten hatte, dass die Möglichkeit dazu sich in den verflossenen Jahren erhalten hatte. Walter Berger (Leipzig).

112. **Bassin cypho-scoliotique; symphyséotomie suivie de succès pour la mère et l'enfant;** par Adenot. (Lyon méd. LXXXIII. 44. p. 297. Nov. 1896.)

Es handelte sich in diesem Falle von Schamfugenschnitt um eine 23jähr. Frau mit Kyphoskoliose und einem allgemein verengten Becken mit einer Conj. vera von 8 cm. Am 10. Mai Abends 10 Uhr kam sie in den Gebärsaal der Charité mit Wehen. Der Kopf war über dem Beckeneingange fühlbar. Rücken links, Steiss rechts oben. Die Blase stand noch, der Muttermund war vollständig erweitert.

Am 11. Mai 6 Uhr Vormittags Blasensprung. Da der Kopf im Laufe des Vormittags nicht in das Becken einrückte und ein schonender Versuch mit *Tarnier's* Zange erfolglos blieb, Schamfugenschnitt. Die Schamfuge zeigte sich dabei 1 cm nach links von der Mittellinie abgewichen. Die Erweiterung der Spalte betrug ungefähr 5 cm. Die Entwickelung der Frucht mit der Zange bedurfte trotzdem grosser Anstrengung. Der leicht asphyktische Knabe wurde bald belebt, wog 2820 g. Kopfmaasse: Occipitofront. 11 cm, sincipito-ment. 14.5 cm, bipariet. 9 cm, subocciipito-bregmat. 8.75 cm. (Das Kind befand sich 3 Wochen lang wohl, starb dann an Verdauungsstörung.)

Schwierigkeiten machte das Aneinanderbiegen der Schamfugenwände. Genäht wurde nur das Periost. Fester Beckenverband. Glatte Genesung. Vollständig knöcherne Vereinigung. Gute Gehfähigkeit.

J. Praeger (Chemnitz).

113. **Ueber puerperale Gallensteinkolik;** von Dr. Arnold Eiermann in Frankfurt a. M. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.)

E. beobachtete am 5. Tage des Wochenbettes eine Gallensteinkolik. Er nimmt an, dass diese in der Literatur spärlich verzeichnete Wochenbettcomplikation gar nicht selten sei und mit der Gravidität in Beziehung stünde. Radestock (Dresden).

114. **Zur Kenntniss der Osteomalacie und der Organotherapie;** von Prof. H. Senator. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6. 7. 1897.)

S. hat eine Frau mit Osteomalacie lange Zeit in seiner Klinik beobachtet und hat diese Gelegenheit benutzt, Versuche anzustellen, die über das Wesen dieser Krankheit und über die Einwirkung von Schilddrüse (Pat. bekam Thyraden-*Knorr*) und Eierstock (Oophorin) auf sie Aufschluss geben sollten. In ersterer Beziehung kommt S. zu dem Schlusse, dass die Osteomalacie eine allgemeine Stoffwechselerkrankung ist, „von welcher die Knochenerweichung nur ein für uns charakteristisches Symptom bildet“. Genaueres lässt sich hierüber noch nicht sagen. Das Schilddrüsenpräparat hatte augenscheinlich keinen Nutzen, es steigerte nicht nur (wie bekannt) die Stickstoffausscheidung, sondern auch die Kalkausscheidung. Aehnlich wirkte auch das Oophorin, trotzdem glaubt S., dieses Mittel zu weiteren Versuchen empfehlen zu können. Während die Kranke es nahm, besserte sich (trotz der vermehrten Kalkausscheidung) ihr Befinden ganz auffallend, was S. allerdings zum guten Theil auf Pflege und passende Ernährung schiebt.

Dippe.

115. **Quelques réflexions sur le fonctionnement et les résultats des couveuses Lion pendant l'exposition nationale;** par H. Maillart. (Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 11. 1896.)

Die Couveuse von *Lion* in Paris, ein Brütofen für zu früh geborene und schwächliche Kinder, ist durch die vorjährigen Ausstellungen in Berlin und Genf allgemein bekannt geworden, in Berlin auch vom med. Waarenhause zum allgemeinen Gebrauche eingeführt. M. beschreibt ausführlich den Apparat, dessen Wärme leicht zu regeln ist. Für reichliche Luftzu- und -abfuhr ist gesorgt.

Ciando-Nizze hat 185 Kinder in die Couveuse gebracht. 8, die weniger als 1 k wogen, sind gestorben, ferner starben 11 am Tage der Aufnahme. Nach Abzug dieser ergab der Erfolg 82% Ueberlebende. Im vergangenen Jahre wurde in Bordeaux 1 Kind von 725 g nach 5 Monaten 3300 g schwer entlassen.

M. kann selbst über 20 Kinder berichten, unter diesen wogen 4 weniger als 1500 g. Nur 1 Mädchen von 1010 g starb am 4. Tage. 9 Kinder wogen 1500—2000 g; 2 davon starben an Lebensschwäche, 1 am 26. Tage an Bronchopneumonie im Gefolge einer Geburtverletzung am Fusse, endlich 1 Kind einer an Tuberkulose gestorbenen Mutter im Alter von 3 Monaten 7 Wochen nach Entlassung aus der Couveuse. 6 Kinder wogen beim Eintritte 2000—2500 g, 2 starben am Tage nach der Ge-

burt. 1 Kind von 2780 g ging in gutem Ernährungszustande ab.

Von 14 lebend Entlassenen konnte M. über 12 später Bericht erhalten. 9 waren am Leben geblieben. 2 waren in Folge schlechter Ernährung gestorben, ferner starb das hereditär tuberkulös belastete Kind. Bei den Kindern unter 2000 g betrug vom geringsten Gewichte ab die tägliche Steigerung 9.4—20.9 g, durchschnittlich 15.8 g.

Wegen der Gefahr der Uebertragung ansteckender Krankheiten neigt M. mehr zur Anwendung der Couveuse in den Wohnungen als zur Errichtung von Brütanstalten; auch die leichtere Durchführung der Brusternährung spricht dafür.

J. Praeger (Chemnitz).

116. **Beobachtungen über die Nahrungsmengen von Brustdrüsen**; von Dr. Feer. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 2. p. 195. 1896.)

F. hat bei 3 Kindern während der ganzen Säugungsperiode durch fortgesetzte Wägungen die Grösse der einzelnen Tagesmahlzeiten bestimmt und uns damit einen bisher in solcher Vollständigkeit noch nicht erreichten werthvollen Beitrag zu der Ernährungsphysiologie des Säuglings geliefert. Auf die Einzelheiten der höchst interessanten Arbeit, namentlich soweit sie Zahlenangaben betreffen, kann hier nicht eingegangen werden. Aus den Beobachtungen F.'s sei Folgendes erwähnt: Bei der Mehrzahl der gesunden und reichlich ernährten Brustkinder ist von der 4. bis 8. Woche an während der Nacht keine Mahlzeit nöthig. Natürlich und künstlich ernährte Säuglinge brauchen von der 2. Woche an nicht öfter als 3stündlich eine Mahlzeit. Um der Ueberfütterung vorzubeugen, soll bei reichlich vorhandener Milch jeweilen nur eine Brust gereicht werden. Die Kinder trinken in der Mitte der Mahlzeit weniger als zu Beginn, und am Ende weniger als in der Mitte in der gleichen Zeiteinheit. Die Dauer der Mahlzeit betrug 10—12, zuweilen 12—15 Minuten. Die Grösse der Einzelmahlzeiten schwankte innerhalb weiter Grenzen. Praktische Bedeutung haben nur die Maxima der Einzelmahlzeiten. Um ein richtiges Urtheil über das Nahrungsbedürfniss zu erlangen, muss man die Grösse sämmtlicher Mahlzeiten innerhalb 24 Stunden feststellen. Das ist namentlich bei der Prüfung einer Amme zu beachten. Die Mittelzahlen aus den maximalen Nahrungsaufnahmen 7 gesunder Brustkinder ergaben F. sehr grosse Volumina, die die Magencapacität übertreffen. Man muss daher annehmen, dass beim Brustkinde bereits während des Trinkens ein Theil der Milch in den Darm übertritt. Bei der Kuhmilchernährung erfolgt dieser Uebertritt langsamer und später. Man soll daher Flaschenkindern nicht grössere Mahlzeiten verabreichen, als sie die Brustkinder nehmen. Für diese sind die Durchschnittsmengen der Einzelmahlzeit wie folgt: 1. Woche 40—50 g, 2. Woche 80—90 g, 3. bis 4. Woche 85—120 g, 5. bis 8. Woche 120—135 g, 9. bis 12. Woche 140 g, 13. bis 16. Woche 150 g, 17 bis 20. Woche 155 g, 21. bis 24. Woche 160 g.

Bei der Darstellung der Laktationcurve ergab sich ein schneller Anstieg der Milchmenge in den ersten 2 Wochen, ein langsamerer bis zur 8. und 9. Woche. Von da an hielt sich die Milchmenge gleich hoch und sank dann rasch ab. Zu interessanten praktisch wichtigen Zahlen führte F. die Berechnung der Milchmengen, die ein Kind von mittlerem Körpergewicht im Durchschnitte pro Tag zu sich nimmt, sowie derjenigen Mengen, die 1 Kind pro Kilo Körpergewicht in einer gegebenen Woche verzehrt. Er hat danach Schemata für die künstliche Ernährung nach Soxhlet-Heubner und Biedert entworfen.

Was den Eintritt der Milchsekretion anlangt, so zeigte sich in den ersten 10 Tagen ein rascher Anstieg der Milchmenge, mit einem regelmässigen Stillstande, bez. Rückgang zwischen dem 7. und 10. Tage. Eine Erklärung für letztere Erscheinung fehlt vor der Hand.

Bezüglich des Verhältnisses der Milchaufnahme zum Körpergewichte ergab sich, dass eine genügende Zunahme nicht mehr stattfindet, wenn das Verhältniss der Tagesaufnahme zum Körpergewichte unter 12—13% herabsinkt. Das heisst mit anderen Worten: Wenn die wöchentliche Nahrungsaufnahme pro Kilo Körpergewicht weniger als 900 g beträgt, muss das Kind Beikost erhalten. Die Körperzunahme zeigte im Anfange die höchsten Zahlen da, wo die relative Milchaufnahme am grössten war, im 2. Monate.

Was den Einfluss der Menstruation anlangt, so konnte F. im Grossen und Ganzen die Beobachtungen Pfeiffer's bestätigen.

Einen Einfluss der Dentition auf das Körpergewicht erkennt F. *nicht* an. Er bezieht die Hemmung der Zunahme am Ende des 3. Vierteljahres auf die in diese Zeit gewöhnlich fallende Aenderung der Ernährungsverhältnisse. Ebenso leugnet er jedweden Einfluss der mütterlichen Ernährung (soweit sie nur eine ausreichend kräftige ist) auf das Befinden des Kindes. Brückner (Dresden).

117. **Die chemische Zusammensetzung der Frauenmilch mit Bemerkungen über die künstliche Ernährung des Säuglings**; von Dr. W. Camerer. (Württemb. Corr.-Bl. LXVI. 51. 1896.)

Nach den neueren Untersuchungen enthält die Frauenmilch weniger Eiweiss, als bisher angenommen wurde, nämlich 1.0 bis höchstens 1.5%. Der Unterschied liegt in der Versuchsmethode. Die älteren, höheren Werthe sind durch Fällung erhalten, während neuerdings der Stickstoff bestimmt und mit 6.25 multiplicirt wurde. Die Eiweissfällungen enthalten noch Reste des Fällungsmittels, die schwer abzuschätzen sind.

Bei den neuerdings von C. im Verein mit Dr. Soeldner angestellten Milchanalysen sind eben-

falls die niedrigen Eiweisswerthe erhalten worden. C. macht noch darauf aufmerksam, dass sich bei der Analyse ein Rest von unbekannten Substanzen ergiebt. Er ermittelte, dass die Restsubstanz aus Eiweiss und Kohlehydraten im Verhältnisse 2:1 bestehe.

Für die künstliche Ernährung hat Soeldner eine Rahmconserve hergestellt, die zusammen mit Milchzucker und Wasser der Kuhmilch zugesetzt werden soll. Die näheren Verhältnisse werden von C. angegeben. V. Lehmann (Berlin).

118. Ueber die Aufenthaltsdauer von Milch im Magen unter verschiedenen Bedingungen; von R. W. Raudnitz. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 49. 1896.)

Schütz hat nach den durch Magenausspülungen gewonnenen Ergebnissen behauptet, dass die *Gärtner*'sche Fettmilch den Magen früher verlasse als Vollmilch. R. kommt auf Grund eigener, am Thiere und an einem Kinde gesammelter Erfahrungen zu dem Schlusse, dass Magenausspülungen und Abmessung des Entleerten, ebenso wie blosse Messung, bez. Wägung des nach der Tödtung im Magen wieder gefundenen Inhaltes zu irrigen Schlüssen Veranlassung geben.

R. stellt weitere Mittheilungen in Aussicht. Brückner (Dresden).

119. Versuche mit Somatose; von Dr. Ferdinand Schramm. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 1—3. p. 113. 1896.)

Schr. stellte Ernährungsversuche mit Somatose in der Frühwald'schen Kinderpoliklinik an. Er verwendete das Präparat bei gesunden, in Folge ungenügender Ernährung zurückgebliebenen Säuglingen, bei künstlich genährten, dyspeptischen Säuglingen, bei künstlich genährten Säuglingen, die an Gastro-Enterokatarrh litten, und schliesslich auch bei älteren Kindern, die schwere akute fieberhafte Erkrankungen des Verdauungsapparates darboten oder sich in der Reconvalescenz befanden. Für Säuglinge wurde die Milch mit Somatoselösung zu gleichen Theilen verdünnt unter Zusatz von Zucker, und zwar so, dass auf 1 Liter der Mischung 2 g Somatose und 25 g Zucker kamen. Aeltere Kinder bekamen täglich 2—3 g Somatose in die Suppe oder Milch, bei Fieber Somatosemilch (zur Hälfte verdünnte Milch mit 4 g Somatose auf den Liter). Akut dyspeptische Säuglinge erhielten stärker verdünnte Somatosemilch (1:3) 3—4stündlich, bei stärkerem Erbrechen löffelweise. Die Erfolge waren sehr zufriedenstellend. Die Verdauungstörungen wurden bald beseitigt. Die Stühle nahmen eine eigenthümliche „leimige“ Consistenz an. Die Kinder nahmen bei der Somatosedarreichung eine Zeit lang gut zu. Die Somatose ist auf jeden Fall ein werthvolles Diäteticum, das älteren Kindern mit Vortheil in Perioden mit längeren Zwischenzeiten und auch Säuglingen längere Zeit verabreicht werden kann. Für die letzteren ist namentlich die Eigenschaft der Somatose, das Kuhmilch-Casein feinflockig gerinnen zu lassen, von grossem Werthe. Unangenehme Nebenwirkungen wurden während der an 30 Kindern ausgeführten Versuche nicht beobachtet. Brückner (Dresden).

120. Ueber Colicystitis im Kindesalter; von Dr. J. Trumpp. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 42. 1896.)

Tr. berichtet über 29 Fälle von Cystitis bei Kindern, die durch das Bacterium coli commune hervorgerufen wurde. (Auf diese Form der Blasenerkrankung hat Escherich zuerst aufmerksam gemacht.) Die 29 Erkrankungen betrafen 8 Knaben und 21 Mädchen. In leichten Fällen bestanden Harndrang und Empfindlichkeit der Blasengegend. Der Harn war, auch bei längerem Stehen, bald staubförmig, bald wolkig getrübt und setzte nach einiger Zeit einen weissen, wolkigen Niederschlag ab. Die Reaktion war stets sauer. Meist war geringer Eiweissgehalt vorhanden. Im Niederschlag fanden sich spärliche Blasenepithelien, Leukocyten und kurze Stäbchen, die gruppenweise, meist ausserhalb der Zellen lagen. Die Dauer betrug 1—2 Wochen.

In schweren Fällen sind die örtlichen Erscheinungen stärker ausgeprägt. Es besteht intermittirendes Fieber. Das Allgemeinbefinden ist erheblich gestört. Der Urin ist sehr getrübt, stark eiterhaltig. Die Stäbchen finden sich häufig in grossen Zooglöen angeordnet. Der Verlauf ist ein äusserst hartnäckiger. Die Gefahr besteht in der Entwickelung einer aufsteigenden Pyelonephritis.

Die Colicystitis ist nicht so selten, als man bisher annahm. Das häufige Vorkommen bei Mädchen scheint dafür zu sprechen, dass ein Theil der Erkrankungen durch Einwanderung der Colibacillen durch die Harnröhre entsteht. Das Auftreten der Krankheit bei Knaben und das häufige Zusammentreffen mit Darmerkrankungen, namentlich mit Enteritis follicularis, deuten darauf hin, dass die Infektion auch vom Darme aus erfolgen kann. Brückner (Dresden).

121. Rheumatismus neonatorum; by R. Abrahams. (New York med. Record L. 16. p. 547. Oct. 17. 1896.)

Nach A.'s Ansicht ist der akute Gelenkrheumatismus auch im frühen Kindesalter häufiger als man bisher angenommen hat. Gerade bei sehr jungen Kindern ist das Herz vor Allem betheiligt. A. theilt 6 einschlägige Beobachtungen mit, 3 eigene, sowie je eine von Strümpell, Schäffer und Poocck. Sie beweisen, dass der akute Gelenkrheumatismus während des intrauterinen Lebens von der erkrankten Mutter auf den Fötus übertragen werden kann. Brückner (Dresden).

122. Einfache Wassersucht nach Varicellen; von Dr. v. Starck. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 446. 1896.)

Der Fall schliesst sich den bekannten Beobachtungen von Wassersucht anscheinend ohne Nephritis nach Scharlach an.

Das 2jähr. Kind bekam 8 Tage, nachdem es leichte Varicellen durchgemacht hatte, starke, etwa 2 Wochen anhaltende Oedeme, ohne dass irgend eine sichere Erscheinung einer Nierenentzündung vorlag. Dippe.

123. **Zur Aetiologie der Melaena**; von Dr. Norbert Swoboda. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 41. 1896.)

S. theilt 4 Fälle von Melaena spuria mit, in denen die tödtliche Blutung aus der Nase stammte; in 2 Fällen handelte es sich um echte Diphtherie.

S. ist überzeugt, dass in so manchem Falle, der als Melaena vera mit scheinbar negativem Sektionbefunde veröffentlicht wurde, die Untersuchung der Nasenhöhle die wirkliche Quelle der Blutung gezeigt hätte. Der Befund der Nasenhöhle ist aber nach S. niemals mitgetheilt worden. S. stellt deshalb die Forderung auf, dass in jedem Falle von Melaena die Nasenhöhle genau untersucht werden muss. Nach S. kann die dunkle Aetiologie der Melaena nur durch solche Beobachtungen aufgeklärt werden, bei denen ganz genaue pathologisch-anatomische Befunde erhoben worden sind.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

124. **Ein Fall von hämorrhagischer Diathese mit Hirnblutung.** *Casuistische Mittheilungen;* von Dr. Emil Berggrün. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 1—3. p. 84. 1896.)

B. beschreibt ein 9jähr. Mädchen, das an hämorrhagischer Diathese und schwerer fortschreitender Anämie litt. Im Blute fanden sich Poikylocyten, Cornil'sche Markzellen. Im Verlaufe der mit unregelmässigem Fieber einhergehenden Erkrankung bekam das Kind eine vollständige Lähmung der linken Körperhälfte. Allmählich besserten sich das Allgemeinbefinden und die Blutbeschaffenheit.* Dagegen blieb die Facialislähmung und eine Parese des linken Armes bestehen. Der Versuch, aus Blut und Urin Bakterien zu züchten, schlug fehl. Hirnblutungen bei hämorrhagischer Diathese der Kinder sind selten. Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

125. **Allgemeinanästhesie und Lokalanästhesie**; von Dr. E. Braatz in Königsberg. (Berl. Klinik 103. Jan. 1897.)

Der vorliegende Vortrag bildet den Inhalt der von Br. gehaltenen „Antrittsvorlesung". Er giebt ein klares Bild von der Entwickelung der Allgemein- nnd Lokalanästhesie, von den Gefahren der verschiedenen Methoden und von den Maassnahmen, diese nach Möglichkeit zu vermeiden. Als sehr gute und empfehlenswerthe Art der Narkose empfiehlt Br. die *Anwendung von Chloroform und Aether hintereinander.* Zuerst leitet man die Narkose mit einer richtigen Chloroformtropfen-Narkose ein, und wenn der Kr. eingeschlafen ist, setzt man sie mit Aether fort; man braucht dann weiter nur geringe Mengen.

Unter den Methoden der *Lokalanästhesie* steht die Schleich'sche *Infiltrationanästhesie* obenan. Nur bei *Krebsoperationen* sollte dieses Verfahren *stets vermieden* werden. Man weiss z. B. beim Mammacarcinom nicht immer vorher, wie tief die krebsige Infiltration in Fascie und Muskel hineinreicht; es kann deshalb leicht vorkommen, dass man mit der Nadel der Injektionspritze aus Krebsgewebe in normales Gewebe gelangt nnd dieses unter dem starken Injektiondruck mit Krebsmaterial inficirt. P. Wagner (Leipzig).

126. 1) **Bakteriologische Untersuchungen über die Silbergaze nach Dr. B. Credé**; von Dr. A. v. Zajontschkowski. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 3. 1897.)

2) **Zur antiseptischen Kraft der Credé'schen Silbersalze**; von Dr. C. Meyer. (Ebenda XXIV. 3. 1897.)

3) **Itrol (Arg. citr.) als Antisepticum**; von Dr. B. Credé. (Ebenda XXIV. 8. 1897.)

4) **Silbergaze als Verbandstoff**; von Dr. J. L. Beyer. (Ebenda XXIV. 8. 1897.)

1) Zajontschkowski hat auf Anregung von Krajewski bakteriologische Untersuchungen über die Wirkung der Silbergaze unternommen und dabei gefunden, dass die Silbergaze weder aseptisch, noch baktericid ist; sie schwächt, nnd zwar auch nur im Anfang, das Wachsthnm der Bakterien. Die Bildung der reinen Räume nnter der und um die Gaze beruht ausschliesslich auf der Imbibitionfähigkeit der Gaze, und keinesfalls, wie Credé meint, auf der chemischen Wirknng des Actols. Vom bakteriologischen Standpnnkte aus muss man also der in Sublimat aufbewahrten Jodoformgaze vor der Silbergaze den Vorzng geben.

2) Meyer hat gefunden, dass der Staphylococcus pyogenes aureus in einer Itrollösung 1 : 4000 erst nach 45 Minuten, in einer Actollösung 1 : 2000 nach 30 Minuten abgetödtet wird. Milzbrandsporen wachsen, nachdem sie 5, bez. 7 Tage in gesättigter Itrollösung und 3 Tage in einer Actollösung 1 : 1000 gelegen haben, noch an. „Es stehen *Actol* nnd *Itrol* puncto Wachsthnmshemmung dem Sublimat in Eiweissnährböden nahe, während dieses in wässeriger Lösung eine unendlich mächtigere antiseptische Wirkung entfaltet als die Silbersalze."

3) Gegenüber Meyer ist Credé auf Grund seiner fortschreitenden Erfahrungen immer mehr davon überzeugt, dass wir in den Silbersalzen, speciell in dem *Itrol*, „ein Antisepticum von eminenter Kraft, vollständiger Reizlosigkeit und gänzlicher Ungiftigkeit besitzen, welches kreisend im

thierischen Körper noch eine viel grössere Kraft entwickelt, als den todten Eiweisslösungen gegenüber". Ob Sublimat etwas stärker desinficirt oder nicht, hat doch nur eine theoretische Bedeutung; denn seine Benutzung am thierischen Körper selbst ist, abgesehen von Spülungen u. s. w. mit dünnen Lösungen, doch so gut wie ausgeschlossen. In die thierischen Gewebesäfte darf es gar nicht hineingebracht werden.

4) Beyer wendet sich sehr energisch gegen die Ausführungen von Zajontschkowski und behauptet nach wie vor, dass die Silbergaze ein baktericider Verbandstoff ist, selbstverständlich nur so lange, als ein Silbervorrath in ihr vorhanden ist. Will man eine Wunde länger keimfrei erhalten, so muss man eben die Gaze öfter erneuern, bez. auf die Wunde *Itrol* (Arg. citr.) aufstäuben.

P. Wagner (Leipzig).

127. **Jodoform-Calomel in der Behandlung von Höhlenwunden**; von Prof. Sprengel in Braunschweig. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 5. 1897.)

Seit einer Reihe von Jahren verwendet Spr. eine *Mischung von Jodoform und Calomel ana* zum Einstreuen und Einreiben in solche Wunden, die entweder ihrer Natur nach zur Zersetzung neigen (z. B. Tracheotomiewunden) oder die von anhaftenden pathologischen Massen nicht völlig befreit werden können (*Knochen- und Gelenktuberkulose*). Bringt man die Pulvermischung auf eine frische, flächenhafte Wunde, so beobachtet man nach kurzer Zeit, dass diese ein eigenthümlich graues Aussehen annimmt, das zweifellos einem sich bildenden Aetzschorf entspricht. Im Verlaufe weniger Tage spriessen aus dieser grauen Fläche Granulationen hervor, die verhältnissmässig schnell in starke Wucherung gerathen und sich durch eine auffallend frische, rothe und gesunde Färbung auszeichnen. Das Wirksame der Mischung ist das sich entwickelnde *Hydrargyrum bijodatum* oder *Deutojoduretum Hydrargyri*.

P. Wagner (Leipzig).

128. **Neue Untersuchungen über die Desinfektion der Hände**; von Prof. Fürbringer und Dr. Freyhan in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. 1897.)

F. und Fr. haben neue, eingehende Untersuchungen *über die Desinfektion der Hände mittels 90proc. Alkohol* vorgenommen. Sie erklären die hervorragende hautdesinficirende Fähigkeit des Alkohols nicht durch *eine* besondere Eigenschaft, sondern durch das Zusammenwirken folgender, durch Ahlfeld's, Reinicke's, Poten's und ihre eigenen Untersuchungen festgestellter Momente: 1) er wirkt direkt bakterientödtend; 2) er bahnt durch seine fettlösende und mit Wasser sich verbindende Eigenschaft sich nicht nur selbst einen Weg, sondern auch den nachfolgenden Desinficientien durch Bewerkstelligung der erforderlichen Adhäsion; 3) er löst die oberflächlichen Hautschuppen mit dem anhaftenden Schmutz einschliesslich der Bakterien und schwemmt sie ab.

P. Wagner (Leipzig).

129. **Zur primären Trepanation bei Schussverletzungen des Schädels**; von Dr. J. Bayer in Heidelberg. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 717. 1897.)

B. berichtet aus der Heidelberger chirurgischen Klinik über 8 *penetrirende Schussverletzungen des Schädels*, die in den letzten 7 Jahren zur Beobachtung und Behandlung gekommen sind. In allen diesen ausführlich mitgetheilten Fällen wurde die Verletzung in selbstmörderischer Absicht mit einem gewöhnlichen Revolver gesetzt; die Kugel durchdrang in jedem Falle das knöcherne Schädeldach und durchdrang oder verletzte die Hirnhäute; die Schwere der Hirnverletzung war verschieden. 4 Kr. genasen, 4 Kr. starben.

Es kann hier nicht auf die Einzelheiten der Krankengeschichten und der genauen Epikrisen eingegangen werden. Der Hauptzweck der Arbeit liegt darin, Stellung zu nehmen gegen die Anschauungen v. Bergmann's, der sich als energischer Verfechter chirurgischer Enthaltsamkeit allen Schädelschüssen gegenüber bekannt, bei denen die Art. meningea intakt und eine Läsion des motorischen Rindenfeldes ausgeschlossen ist, wo ferner akuter und chronischer Hirnabscess fehlt. B. vertheidigt den Czerny'schen Standpunkt der *primären Desinfektion und Trepanation*.

P. Wagner (Leipzig).

130. **Ein Fall traumatischen Blutextravasats in die weisse Gehirnsubstanz mit darauffolgender Aphasie, Hemiparese und Jackson'scher Epilepsie, auf chirurgischem Wege geheilt**; von M. Borsuk und A. Wizel. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 207. 1897.)

B. und W. theilen aus der Warschauer chirurgischen Klinik folgende Beobachtung mit: Ein 21jähr. Schlosser erlitt durch einen Schlag mit einem Steine eine Zertrümmerung des vorderen Theiles des Scheitelbeines und des oberen Theiles vom linken Schläfenbeine; Aphasie, Parese des rechten Facialis und Hypoglossus. Trotz Resektion der Knochensplitter und Ausräumung eines extraduralen Blutgerinnsels Fortdauer der Erscheinungen. 3 Tage später Parese des rechten Armes, Anfälle von Jackson'scher Epilepsie, die vom Gesicht auf den rechten Arm und dann auch auf das rechte Bein übergingen. 6 Tage nach der Verletzung Spaltung der Dura. Aus ziemlicher Tiefe konnte an der Stelle des Facialiscentrum mit der Spritze blutige Flüssigkeit hervorgeholt werden. An dieser Stelle wurde ein Einstich in die graue Hirnsubstanz gemacht, aus der weissen Substanz entleerten sich etwa 2 Theelöffel voll von Gerinnsel durchsetzter blutiger Flüssigkeit. Entfernung weiterer Gerinnsel mit dem scharfen Löffel. Allmähliches Verschwinden der Lähmungen und Krämpfe; vollkommene *Heilung*.

Auf Grund dieses Erfolges glauben B. und W. im Gegensatz zu v. Bergmann zu folgenden Schlüssen kommen zu dürfen: Wir sind im Stande, auf chirurgischem Wege sowohl Blutextravasate traumatischen Ursprunges aus dem Gehirne zu ent-

fernen, als auch zermalmte und lädirte Gehirntheile und auch pathologisch veränderte Gehirnabschnitte zu entfernen. Anch Blutextravasate, die nicht durch Verletzungen im Gehirne entstehen, könnten vielleicht auf chirurgischem Wege behandelt werden. Jedenfalls verträgt das Gehirn chirurgische Eingriffe nicht schlechter, als alle anderen Theile des menschlichen Körpers.

Endlich glauben B. und W. aus ihrem Falle schliessen zu dürfen, dass Jackson'sche Epilepsie auch durch Herde in der *weissen* Gehirnsubstanz bedingt werden kann. Schon früher haben sie eine Beobachtung von in der weissen Hirnsubstanz sitzendem Tumor mitgetheilt, der ebenfalls Jackson'sche Epilepsie verursacht hatte.

P. Wagner (Leipzig).

131. **Ueber Gehirnerweichung nach isolirter Unterbindung der Vena jugularis interna**; von Dr. R. Rohrbach in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 811. 1897.)

R. theilt folgenden Fall aus der Bruns'schen Klinik mit: Bei einer 57jähr. Frau mit metastatischem Drüsencarcinom an der linken Halsseite nach primärem, operativ entferntem Nasencarcinom, musste im Verlaufe der Operation die *Vena jugularis int. sin.* unterbunden werden. Die Kr. erwachte aus der Narkose nicht mehr zu vollem Bewusstsein. Das Koma blieb zunächst unaufgeklärt. Nach 6 Tagen *Tod*. Die *Sektion* ergab eine *ganz unvollkommene Entwickelung des rechten Sinus transversus und der rechten Vena jugularis int.* Somit war ein genügender Abfluss des venösen Blutes aus dem Schädelinneren unmöglich geworden und im Gefolge der durch die venöse Stase bedingten arteriellen Anämie des Gehirns war es zur Bildung *ischämischer Erweichungsherde in der Hirnrinde* gekommen, die den Tod herbeiführten.

R. hat aus der Literatur 91 *Unterbindungen der Vena jugularis interna* zusammengestellt: 13 wegen Traumen, sämmtlich mit gutem Erfolg; 78 bei verschiedenen Operationen mit 14 Todesfällen. Tödtliche Gehirnerweichung wurde nur in dem Bruns'schen Falle beobachtet.

P. Wagner (Leipzig).

132. **Totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie**; von Prof. Th. Jonnesco in Bukarest. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 2. 1897.)

J. hat in 9 Fällen (2 Morbus Basedowii, 3 genuine Epilepsie, 1 Chorea und Hysteroepilepsie, 1 Gehirntumor mit epileptiformen Anfällen, 1 Hysterie, 1 progressive Paralyse) die *beiderseitige totale Resektion des Sympathicus cervicalis* vorgenommen. Bei den Basedow-Kranken schwand der Exophthalmus, der Kropf verminderte sich; bei einem Kr. verschwand auch die Tachykardie. Bei den 3 Epileptikern sind die Anfälle seither ausgeblieben (wie lange?); bei den anderen Kr. hatte die Operation keinen Erfolg.

Jedenfalls muss erst noch ein grösseres und namentlich genügend lange beobachtetes Krankenmaterial vorliegen, ehe man an eine Empfehlung dieser schwierigen Operation denken kann.

P. Wagner (Leipzig).

133. **Ueber die Behandlung maligner Tumoren mit dem Erysipelserum von Emmerich-Scholl**; von Prof. R. v. Jaksch. (Mittheil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. p. 318. 1896.)

v. J. prüfte das Erysipelserum von Emmerich-Scholl an 5, allerdings, wie wir glauben, zu weit vorgeschrittenen Fällen von Sarkom, bez. Carcinom. Der therapeutische Erfolg war absolut gleich Null, die schädlichen Folgen der Injektionen waren so schwere (Schüttelfröste, Collaps, einmal Nephritis), dass v. J. von weiterer Anwendung dieses Serum entschieden absieht. Indess glaubt er, dass dieser Weg doch noch zum Ziele führen wird. Radestock (Dresden).

134. **Phlegmon ligneux du cou**; par le Dr. P. Reclus. (Revue de Chir. XVI. 7. p. 522. 1896.)

Bei 5 Kr. im Alter von 35—80 Jahren hat R. an den vorderen oder seitlichen Theilen des Halses eine eigenthümliche, diffuse, brettharte Phlegmone beobachtet, die er als *„Phlegmon ligneux"* bezeichnet. Sie entwickelt sich sehr langsam, ohne Fieber, Schmerzen und Allgemeinerscheinungen, ergreift die oberflächlichen und tieferen Gewebe, zeigt eine weinrothe Färbung der Haut und ähnelt in ihrer Härte einem „cancer en cuirasse". Mit zunehmender Infiltration tritt eine Erschwerung des Schlingaktes und der Beweglichkeit des Halses ein. Erst spät kommt es zu wenig ausgedehnten Abscedirungen. 1 Kr. starb an Glottisödem.

Die in 2 Fällen vorgenommene bakteriologische Untersuchung des Eiters ergab einmal z. Th. in Kettenform liegende Diplokokken, das andere Mal kurze Stäbchen, die den Löffler'schen Diphtheriebacillen glichen. In diesem letzteren Falle erzielte dreimalige Injektion von 20, bez. 10 g Roux'schen Antidiphtherieserum rasche Besserung.

R. glaubt, dass diese chronischen phlegmonösen Entzündungen, die auch am Rücken und an der Bauchhaut auftreten und leicht mit Tuberkulose, Aktinomykose, bösartigen Neubildungen verwechselt werden können, durch die gleichen pyogenen Mikroben entstehen, die auch die akuten Entzündungen hervorrufen. Dass sich die Entzündung so langsam entwickelt, liegt z. Th. an dem Orte der Erkrankung, z. Th. an der geringeren Virulenz der Mikrobien. P. Wagner (Leipzig).

135. **Einige Grundsätze der Behandlung von Verletzungen des Bauches**; von Prof. Madelung. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 695. 1897.)

In den Anschauungen der Fachchirurgen ist im Laufe der letzten Jahre eine vollständige Aenderung in den *Grundsätzen der Behandlung der Bauchverletzungen* eingetreten. Während diese früher eine im Allgemeinen „abwartende" war,

operatives Eingreifen nur selten nothwendig erschien, Opiumverabreichung und Diätverordnung die Hauptrolle spielten, fordern jetzt die Verletzungen des Bauches, fast ohne Ausnahme, rascheste und umsichtigste therapeutische Entschliessungen, die Mehrzahl grösste Energie und besondere technische Fertigkeit von den zu ihrer Behandlung Berufenen. Es ist nöthig, dass die Aerzte, die in der Mehrzahl der Fälle die *„erste Hülfe“* zu leisten haben, mit dem Specialisten in vollständigem, principiellem Einverständniss handeln.

Zunächst müssen wir bei einer *ganz kürzlich entstandenen Wunde*, die in irgend einem Theile der Bauchwandungen gelegen, zum Inneren des Bauches führen *kann*, sofort mit Sicherheit entscheiden, *ob diese Bauchwandwunde penetrirend ist oder nicht*. Für manche Fälle genügt die Erweiterung und Freilegung der Wunde durch Schnitt. Oft genug ist aber auch hier schon die Vornahme des Bauchschnittes unbedingt nothwendig.

Penetrirt die Bauchwunde, so gilt es sofort klar darüber zu werden, *ob sie „complicirt“ ist*, d. h. ob die Verletzung eines Eingeweides, eines grösseren inneren Blutgefässes herbeigeführt ist. Die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins der „Complikation“ liegt fast immer vor; Sicherheit kann nur die *Durchsuchung des Leibesinhaltes* mit Auge und Hand geben.

Für den die *„erste Hülfe“* leistenden Arzt folgt aus diesen Sätzen mit unerbittlicher Consequenz die Regel, dass er mit denkbar grösster Beschleunigung die Verletzten in äussere Verhältnisse überführt, wo die Untersuchung in einer nach jeder Richtung genügenden, möglichst alle Gefährdung ausschliessenden Weise ausführbar ist. Dies ist im Allgemeinen nur der Fall in dem *Operationzimmer* eines Krankenhauses.

Richtig geleiteter *Transport* eines Bauchverletzten wird meist keinen Schaden bringen. Von jeder vorläufigen Säuberung der Wunde, jedenfalls vom Reponiren vorgefallener Baucheingeweide (selbst grosser Darmschlingenmassen) ist Abstand zu nehmen. Die übliche *Opium*-Verabreichung bringt wahrscheinlich mehr Nachtheil als Nutzen. Empfehlenswerth ist bei starker Magenfüllung eine *Ausheberung des Magens* (Mc Graw), um die Menge des in die Nähe der etwa vorhandenen Darmwunden Gelangenden zu vermindern.

Eigentlich kann nur der Nachweis einer grösseren *Blutung* in der Bauchhöhle sofortiges Eingreifen an Ort und Stelle, auch unter ungünstigen äusseren Verhältnissen, motiviren. Man muss sich aber der Schwierigkeiten, die gerade bei dieser Aufgabe sich entgegenstellen, bewusst sein. Wenn man ohne Assistenz eine Blutung in der Bauchhöhle stillen muss und nicht rasch die Quelle derselben findet, ist es wohl richtiger, vom Bauchschnitt aus in die Gegend der Blutung eine grosse Menge von grossen Schwämmen einzupacken und, ohne den Leib durch Naht zu schliessen, Druckverband anzulegen.

Befindet sich der Kranke, bei dem eine penetrirende Verletzung nachgewiesen ist, wenige Stunden in für seine weitere Behandlung günstigen äusseren Verhältnissen, so wird einer festgestellten Verletzung des Bauchinhaltes gegenüber nach den Regeln der speciellen Bauchchirurgie zu verfahren sein. Dass Darminhalt, Harn und Blut aus der Bauchhöhle nur mit trockenen Tupfern und Schwämmen zu entfernen, dass Spülungen zu vermeiden sind, dass nach Projektilen nicht längere Zeit gesucht werden darf, darüber ist man wohl allgemein einig.

Sofortige *Eventration* ist nur bei starker Blutung in die Peritonäalhöhle vorzunehmen, sowie wenn bei vorhandenem Kothanstritte die Darmwunde anders nicht zu finden ist. Im Allgemeinen genügt *„stückweise Absuchung des Bauchinhaltes“*. Die sog. *„totale Absuchung des Darmes“* ist ausserordentlich zeitraubend und eingreifend; sie lässt sich sehr oft ohne Nachtheil dadurch vermeiden, dass man vor Beginn der Operation sich möglichst genau den Weg zu vergegenwärtigen sucht, den das verletzende Instrument im Bauche genommen hat.

Wenn die Verletzten erst nach Ablauf von 24 Stunden in Behandlung kommen, ihr Allgemeinbefinden durchaus normal ist, jedes Zeichen von Entzündung fehlt, so kann, bez. muss vom operativen Vorgehen abgesehen werden. Besondere Sorgfalt erfordern die *durch stumpfe Gewalten hervorgerufenen Bauchwunden*, sowie die *Contusionverletzungen des Bauches ohne Wunden*. Solchen Kranken gegenüber müssen wir uns durchaus *abwartend* verhalten. Die unausgesetzte, geradezu peinlichste Ueberwachung eines derartigen Verletzten wird nicht nur für Stunden und Tage, sondern, allein schon wegen der Möglichkeit der späten Perforation des Darmes nach Nekrose seiner gequetschten Wandung, für Wochen durchgeführt werden müssen. *„So gehören auch die Contusionsverletzungen leichter und schwerer Art in das Krankenhaus.“* Der Arbeit ist eine Anzahl bemerkenswerther Beispiele eingefügt. P. Wagner (Leipzig).

136. Les traumatismes du foie et des voies biliaires. Première partie: Foie; par F. Terrier et M. Auvray. (Revue de Chir. XVI. 10. p. 717. 1896.)

In dieser ausgezeichneten Arbeit über *traumatische Leberverletzungen* besprechen die Vff. nach kurzen historischen Bemerkungen zunächst die *Aetiologie* und *Pathogenese* dieser Verletzungen. Sie werden theils durch Schusswaffen, schneidende und stechende Instrumente, theils durch Contusionen („Choc direct, pression, choc indirect on contre-coup“) hervorgerufen. Die wenigen Beobachtungen, nach denen die Leber durch Muskelzug zerrissen sein soll, sind mit grosser Vorsicht aufzunehmen.

Nach eingehenden *pathologisch-anatomischen* Erörterungen werden die *Erscheinungen* und der *Verlauf*, sowie die *Diagnose* und *Prognose* genau besprochen. T. u. A. weichen hier in ihren Anschauungen kaum von denen der deutschen Aerzte ab, deren Arbeiten nach allen Richtungen hin volle Würdigung finden. Besondere Berücksichtigung verdient der Abschnitt über die *Therapie der Leberverletzungen.* Auf Grund einer Zusammenstellung von 46 Operationen — 20 Schnitt- und Stichverletzungen (5 Kr. starben); 14 Schussverletzungen (4 Kr. starben); 11 Contusionverletzungen (5 Kr. starben); 1 Fremdkörper in der Leber —, von denen 32 günstig ausgingen, rathen T. u. A., *sobald als möglich die explorative Laparotomie vorzunehmen,* um Blutungen durch Naht, Tamponade, Kauterisation zu stillen und um die Bauchhöhle sorgfältig zu säubern und so einer allgemeinen oder lokalen Peritonitis vorzubeugen. Zu diesem Zwecke muss der Bauchschnitt, am besten in der Mittellinie, gross angelegt werden; ist gleichzeitig eine Brustfellverletzung vorhanden, so muss eventuell der abdominale Eingriff mit einem transpleuralen verbunden werden. Einen solchen, allerdings unglücklich ausgegangenen Fall theilen T. u. A. ausführlich mit.

Den Schluss der Arbeit bildet die Terrillon'sche Beschreibung der Heilung von Leberwunden.

P. Wagner (Leipzig).

137. Splenectomy for prolapse of the spleen through a perforating wound of the abdomen: recovery; by E. H. Brown. (Brit. med. Journ. Jan. 16. 1897.)

Das Bemerkenswerthe an diesem, einen 35jähr. Kr. betr. Falle ist einmal, dass die *vorgefallene Milz* von einem „erfahrenen“ Arzte für die Leber gehalten wurde, und zweitens, dass die *Entfernung* dieses prolabirten, aber selbst nicht verletzten Organs erst 4 Wochen nach dem Trauma stattfand, als bereits zahlreiche Verwachsungen eingetreten waren. Der gleich nach dem Unfalle vom ersten Arzte vorgenommene Repositionversuch der angeblichen Leber war misslungen. *Heilung.* Ueber etwaige weitere Folgen der Milzexstirpation wird nichts erwähnt. P. Wagner (Leipzig).

138. Ueber die Darmoperationen an der Heidelberger chirurgischen Klinik aus den letzten 4 Jahren; von Dr. A. Schiller. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 603. 1897.)

Sch. berichtet über die seit 1. Juli 1892 in der Heidelberger chirurg. Klinik zur Ausführung gekommenen *Darmoperationen,* im Ganzen 38 Operationen (10 Kr. gest.) an 35 Kr., und zwar:

15 *Darmresektionen* (6 gest.): 8 bei malignen Tumoren (4 gest.), 6 bei entzündlichen Tumoren (2 gest.), 1 bei Invagination.

11 *Darmnähte* bei Anus praeternat. und entzündlicher Kothfistel.

10 *Enteroanastomosen* (3 gest.): 3 bei malignen Tumoren (1 gest.), 3 bei Tuberkulose, 4 bei Invagination, Volvulus (2 gest.).

1 *Desinvagination.*

1 *seitliche Implantation* (gest.).

Im Ganzen kamen bisher in der Czerny'schen Klinik wegen chronischer Darmerkrankungen, mit Ausschluss der Mastdarm- und Wurmfortsatzaffektionen, 70 Laparotomien zur Ausführung: 44 *Continuitätresektionen* mit nachfolgender cirkulärer Vereinigung mit Naht oder Knopf (13 Kr. gest.). Diese 44 Operationen vertheilen sich auf 18 maligne Tumoren, 16 Fälle von Tuberkulose und Aktinomykose, 7 von Anus praeternaturalis und 3 Invaginationen. 24mal wurde die Ileocökalpartie resecirt, 13mal das Colon, 7mal das Ileum.

Dann folgen 11 theils mit Naht, theils mit Knopf ausgeführte *Enteroanastomosen* (4 Kr. gest.). Sie entfielen auf 4 Invaginationen, 3 maligne Tumoren, 3 chronische Darmtuberkulosen, 1 chron. Volvulus und führten 8mal zur Ausschaltung des Coecum, 2mal einer Colonpartie, 1mal eines Stückes Ileum.

12mal kam nach *partieller Resektion der Darmwand* die lineäre Naht in querer oder Längsrichtung zur Anwendung ohne einen Todesfall, und zwar in 5 Fällen von Tuberkulose und in 7 wegen einfacher Kothfistel. Der Sitz der Fistel war 7mal das Coecum, 4mal das Ileum, 1mal das Colon.

2 gelungene *Desinvaginationen* bei Intussusceptio ileocoecalis und eine unglücklich verlaufene *seitliche* Implantation des Ileum in die Flexura sigmoidea bei Cökaltuberkulose mit Kothfistelbildung vervollständigen das Bild.

Dauerheilungen nach Exstirpation maligner Tumoren sind 3 zu verzeichnen: $10^1/_2$-, $5^1/_2$-, $3^1/_4$jähr. Heilungen.

Ueber den *Murphy*-Knopf, der 6mal zur Anwendung kam, äussert sich Sch. dahin, dass seine Vorzüge gross genug und seine Nachtheile nicht so augenfällig seien, dass man die zunehmende Verbreitung seiner Anwendung, wenn sie auch zunächst noch eine versuchsweise ist, für gerechtfertigt halten muss. P. Wagner (Leipzig).

139. The Hunterian lectures on the pathology and surgery of intussusception; by d'Arcy Power. (Brit. med. Journ. Febr. 13. 20. 27. 1897.)

Aus diesen Vorlesungen über die Pathologie und Chirurgie der Intussusception sind als bemerkenswerth besonders die anatomisch-physiologischen Betrachtungen und Untersuchungen hervorzuheben, die P. über die ileocökale Form der Invagination angestellt hat. Diese Form macht 40—60% aller Fälle aus. Durch Messungen hat P. festgestellt, dass die Länge des Mesenterium in der Cökalgegend in den verschiedenen kindlichen Lebensaltern ungefähr constant ist, im Verhältnisse zur Gesammtlänge des Körpers demnach bei sonst gleichen Verhältnissen die Beweglichkeit dieser Darmpartie in den ersten Lebensjahren grösser und freier ist wie später. Ferner hat er gefunden, dass bei der Geburt Colon und Ileum ungefähr die gleiche Weite zeigen, dass das Colon

dann von der Geburt an in die Weite und erst vom 4. Monate an auch in die Länge wächst. Während die Weite des Ileum sich wohl verdoppelt, steigt in der gleichen Zeit die Lichtweite des Colon auf das Drei- und Vierfache. Ausser diesen unzweifelhaft bedentungsvollen Thatsachen kommen für das Zustandekommen einer Invagination anatomisch vielleicht noch Lage und Ansbildung der Peritonäal-Taschen und -Falten, sowie Form und Weite der Ileocökalklappe in Betracht.

Bei einem durch zu rasches Wachsthum oder duroh angeborene Anomalie gegebenen Missverhältnisse der Lichtung von Diok- und Dünndarm kann dann durch Hinzutreten einer unregelmässigen krampfartigen Peristaltik nach Diätfehlern, Enteritis oder anderen Gelegenheitursachen, durch direkten Stoss auf den Leib, plötzliche heftige Muskelanstrengung, starken Husten, gieriges Essen, die Invagination zu Stande kommen. Als ihre Folgen bespricht P. dann gesondert Strangulation, Gangrän, Ulceration und Perforation, sowie die anatomisch-mikroskopischen Veränderungen an dem invaginirten Darme bei längerem und kürzerem Bestande der Invagination.

Zum Schlusse erörtert er in ausführlicher Weise die Therapie der Invagination. Vermeidung von Purgativa, Irrigationen des Darmes in Narkose mit heisser Salzlösung unter Druck von nicht mehr wie 1 m Höhe kommen zunächst in Betracht. Stärkere Darmblutungen, schwerer Collaps, subnormale Temperaturen, peritonitische Erscheinnngen verbieten die Irrigationen. In diesen Fällen und auch dann, wenn 2mal Irrigationen ohne Erfolg versucht wurden, ist der Bauchschnitt angezeigt. Es soll dann Reduktion oder, wenn diese nicht mehr möglich, Entfernung der Invagination durch Resektion entweder des invaginirten Stückes allein (nach der Methode Barker'e) oder auch des Intussuscipiens (bei Gangrän) vorgenommen werden. Die Anlegung eines künstlichen Afters ist meist nutzlos und zu verwerfen. F. Krumm (Karlsruhe).

140. Unilateral and complete exclusion of the intestine for foecal fistula; by F. Kammerer. (New York med. Record LI. 8. p. 253. Febr. 20. 1897.)

K. berichtet über 2 Fälle von Kothfistel nach Appendicitis, in denen er durch Darmausschaltung Heilung erzielt hat.

Im *1. Falle* wurde nach provisorischem Verschlusse der Fistel die Laparotomie gemacht, das Ileum 8 Zoll von der Ileocökalklappe entfernt quer durchtrennt, distal durch doppelte Naht geschlossen, das proximale Ende mittels *Murphy*-Knopfes in das Colon transv. implantirt. Abgang des Knopfes am 8. Tage. Da die Fistel ein gelatinöses Sekret weiter absonderte, wurde nach einigen Wochen der Versuch gemacht, sie durch Naht zu schliessen. Dies gelang auch bis auf eine kleine Stelle, die im Verlaufe der nächsten 4 Wochen von selbst heilte.

Im *2. Falle* wurde ganz in derselben Weise vorgegangen und die Ausschaltung des Ileumendes, des Coecum und des Anfangstheiles des Colon transv. vorgenommen. Jedoch entleerte sich in den folgenden Monaten noch fortwährend Koth aus der Fistel. Ein Versuch, die Fistel zum Verschlusse zu bringen durch einfache Naht und durch quere Durchtrennung des Coecum und Naht, misslang. Es wurde deshalb nochmals die Laparotomie ausgeführt, das Colon transv. proximal von der Implantationsstelle des Ileum quer durchtrennt und beide Enden wurden durch 3 Reihen Seidennähte geschlossen und versenkt. Die Sekretion der Fistel hörte auch nach der völligen Ausschaltung nicht ganz auf, bestand aber nur aus geringen Mengen Schleim, so dass K. einen operativen Verschluss zur Zeit noch nicht für nöthig erachtete.

K. empfiehlt zum Verschlusse von Kothfisteln dringend die Darmausschaltung mit einseitigem Verschlusse des Darmes, wie er sie im 1. Falle mit völligem Erfolge ausgeführt hat. Das an sich sicherste Verfahren der completen Darmausschaltung (2. Fall) birgt die Gefahr in sich, dass die weitere Sekretion des völlig ausgeschalteten Darmstückes seine Exstirpation nöthig macht. An deren Stelle können vielleicht auch die quere Durchtrennung des Colon an der Stelle der Fistel, Nahtschluss und Versenken des distalen, Offenlassen des proximalen Colonendes treten, so dass, wenn dann die Resektion des ausgeschalteten Darmstückes zum Verschlusse der Fistel nöthig wird, diese nur einen kleinen Darmabschnitt betrifft.

F. Krumm (Karlsruhe).

141. The radical cure of umbilical hernia by omphalectomie; by J. Ransohoff. (New York med. Record LI. 5. p. 150. Jan. 30. 1897.)

R. hat im Verlaufe von 2 Jahren 4mal die Radikaloperation von Nabelhernien bei Erwachsenen nach der Methode Condamin'e (elliptische Umschneidung des Nabels und Excision desselben sammt Bruchsack und Bruchring) mit gutem Erfolge ausgeführt. Ein Recidiv ist bis jetzt in keinem der Fälle (die letzte Operation wurde im April 1896 gemacht) eingetreten. In einem Falle handelte es sich um eine incarcerirte Hernie. R. legt das Hauptgewicht auf die Muskelnaht der Recti, die er stets mit Silberdraht ausführte.

F. Krumm (Karlsruhe).

142. Ueber Radikaloperationen bei Inguinal- und Femoralhernien; von Dr. O. Simon in Heidelberg. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 2. p. 537. 1896.)

In der Heidelberger chirurg. Klinik wurden vom 1. Jan. 1889 bis 1. Oct. 1894 173 Hernien-Radikaloperationen an 161 Kranken vorgenommen; von Methoden kamen diejenigen von Czerny, Macewen, Bassini, Bottini und Wölfler zur Anwendung. *Freie Hernien*, d. h. nicht incarcerirte, waren 105 an 93 Kranken (91 Inguinal-, 14 Schenkelhernien). *Incarcerirte Hernien* wurden 68 operirt (38 Leisten-, 30 Schenkelbrüche). Von den an freien Hernien Operirten starben 2 = 1.9% en Aspirationpneumonie und Lungengangrän. Von den an incarcerirten Hernien Operirten starben 12 = 17.6%. Im Ganzen konnten 109 Resultate festgestellt werden. Es ergaben sich 13 = 11.9%

Recidive. Den Methoden nach vertheilen sich die Recidive folgendermaassen: Wölfler: 1 Operation, 1 Recidiv; Macewen 10 Operationen, 4 Recidive; Bassini 10 Operationen, kein Recidiv. Es bleiben dann noch 1 Recidiv nach Herniolaparotomie und 7 bei den nach Czerny ausgeführten 87 Operationen = 10.3%.

„Welche Operationmethode die empfehlenswertheste ist, ist schwer zu entscheiden. Am meisten Garantie der Heilung und des dauernden Erfolges scheint jedenfalls die Bassini'sche Methode nach dem übereinstimmenden Urtheile aller diesbezüglichen Publikationen zu bieten. Nächst dieser verdient aber die Czerny'sche Pfortennaht am meisten Beachtung. In der Ansicht über die Nothwendigkeit der Exstirpation des Bruchsackes stimmen beide Operateure überein. Ob die Kocher'sche Methode ebenso günstige oder noch bessere Resultate wie die oben genannten liefern wird, ist bis jetzt noch nicht sicher zu entscheiden."

P. Wagner (Leipzig).

143. **Observations on the radical cure of inguinal hernia**; by Francis T. Heuston. (Dubl. med. Journ. CII. 298. Oct. 1. 1896.)

H. empfiehlt zur Radikaloperation von Leistenhernien ein Verfahren, das er 32mal mit gutem Erfolge ausgeführt hat. Das Princip seiner Methode, die der Mac Ewen'schen nahe kommt, besteht darin, dass der Leistenkanal durch den zu einem festen Strang zusammengedrehten Bruchsackhals verschlossen und dieser Pfropf durch tiefe, bis zur Fascia transversa greifende, an das Ligamentum Poupartii sich anheftende Nähte befestigt wird. Die unterste Naht verschliesst den oberen Theil des äusseren Leistenringes als Pfeilernaht, indem sie das Ende des zusammengedrehten Bruchsackes nochmals mitfasst. Der Rest des Bruchsackes wird abgetragen. Der Samenstrang liegt hinter den Nähten und tiefer, wie gewöhnlich. Die Kranken verlassen erst nach 3 Wochen das Bett.

F. Krumm (Karlsruhe).

144. **Sur un nouveau procédé de cure radicale des hernies inguinales**; par S. Duplay et Cazin. (Arch. gén. de Méd. p. 28. Janv. 1897.)

Aehnlich dem Vorgange Mac Ewen's suchen D. und C. durch den zusammengeknäuelten Bruchsack einen Verschluss der Bruchpforte herbeizuführen, aber unter Verzicht auf eine Naht durch mehrfaches Verknüpfen und Verknoten des in die Länge gezogenen eventuell zur Erleichterung gespaltenen Bruchsackes. Zur Pfeilernaht verwenden sie Silbernaht.

Das Verfahren wurde 21mal ohne Misserfolg ausgeführt. Heilung stets ohne Zwischenfall. Für die Beurtheilung der Methode bezüglich Recidivs sind sämmtliche angeführten Fälle zu frisch.

F. Krumm (Karlsruhe).

145. **Beitrag zur Lehre von den Blasenbrüchen**; von Prof. E. G. Ssalistschew. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 135. 1897.)

Unter 50 Radikaloperationen von Hernien hat Ss. 3mal einen *Blasenbruch* angetroffen; die Krankengeschichten werden genau mitgetheilt. Auf Grund seiner, sowie Anderer Beobachtungen hält er Blasenbrüche für nicht gar so selten. Einen Blasenbruch während der Operation bei gehöriger Aufmerksamkeit zu diagnosticiren, ist nicht schwer; unter seinen 3 Fällen konnte Ss. 2mal während der Operation die richtige Diagnose stellen. Der wichtigste Anhaltepunkt ist die hinter dem Bruchsacke und medialwärts gelegene Fettschicht, *Lipocele praevesicalis,* die den extrasacculären Blasenbruch umgiebt. Kommt man auf die Blase selbst, so erkennt man sie an den netzartig durchflochtenen glatten Muskelfasern. In unklaren Fällen empfiehlt sich die mehr oder weniger breite Spaltung der Bauchwand, beginnend vom Leistenringe nach oben und nach aussen. Vor der Operation kann eine Blasenhernie nur in sehr seltenen Fällen sicher diagnosticirt werden. P. Wagner (Leipzig).

146. **Det saakaldte „anatomiske" Brokbind**; af J. Buchholz. (Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XI. 10. S. 1029. 1896.)

Das sogenannte anatomische Bruchband, das für Inguinalhernien empfohlen wird, entspricht nach B.'s Erfahrungen weder seinem Namen, noch seinem Zwecke, es deckt den Bruchkanal schlecht und verschiebt sich leicht, so dass B. es für nöthig hält, vor seiner Anwendung zu warnen.

Walter Berger (Leipzig).

147. **Ueber multiple Darmstenosen tuberkulösen Ursprungs**; von Dr. Fr. Hofmeister in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 577. 1897.)

„Die Neigung der stenosirenden, tumorbildenden Darmtuberkulose, als isolirte Erkrankung der Ileocökalregion aufzutreten, einerseits, und die geringe Tendenz der gewöhnlichen tuberkulösen Darmgeschwüre zu strikturirender Vernarbung andererseits machen es verständlich, dass *multiple Darmstenosen auf tuberkulöser Grundlage zu den grössten Seltenheiten gehören*."

H. hat einen 32jähr. Mann, der seit 4 Jahren an häufigen Koliken und seit 6 Tagen an Ileus litt, *laparotomirt.* Als Ursache des Ileus ergab sich eine *10fache Stenose des Dünndarmes.* Die 10 Verengerungen waren über 255 cm Dünndarm vertheilt. Die ganze stenosirte Dünndarmpartie wurde durch *Enteroanastomose* ausgeschaltet. Behufs Repositien war die Entleerung der ausgeschalteten Schlinge durch Punktion nöthig. Diese sollte dem Pat. verhängnissvoll werden, indem die genähte Punktionsöffnung durch nachträglich sich ansammelnde Darmgase, die nach keiner Seite hin entweichen konnten, gesprengt wurde, so dass nach 36 Stunden der *Tod an Perforationperitonitis* erfolgte. Bei der *Sektion* fanden sich noch 2 Stenosen der Ileocökalgegend, die keine Erscheinungen gemacht hatten.

Als *Ursache der Stenosenbildung* ergab die *histo-*

logische Untersuchung vernarbende tuberkulöse Geschwüre.

Das Suchen nach weiteren analogen Beobachtungen ergab eine Ausbeute von 20 Fällen, in denen theils bei Gelegenheit der Operation (12), theils bei der Obduktion an mehr als einer Stelle des Darmes Verengerungen gefunden wurden, die mit Sicherheit auf einen tuberkulösen Process zurückgeführt werden mussten. Ihren *Sitz* haben diese multiplen (2—12fachen) Stenosen vorwiegend im *Ileum*. Die *Länge der einzelnen Strikturen*, sowie ihre *Entfernung von einander* ist sehr wechselnd. Die *Betheiligung des übrigen Darmes* an dem Leiden gestaltet sich in den einzelnen Fällen verschieden, bald finden wir ausgebreitete Geschwürsbildung verzeichnet, bald sind nur spärliche vernarbende Ulcera vorhanden. Alle oberhalb der letzten mechanisch wirksamen Striktur gelegenen Theile verändern sich im Sinne des zuführenden Darmstückes, hypertrophiren also und werden erweitert.

In keinem der bisher bekannt gewordenen Fälle ist es gelungen, die *Mehrzahl der Verengerungen vor der Eröffnung des Leibes auch nur zu vermuthen.* Die *Berechtigung des operativen Vorgehens bei strikturirender Darmtuberkulose* überhaupt ist gesichert (62.65% Heilungen). Bei ausschliesslicher Berücksichtigung der *multiplen Stenosen* finden wir auf 13 Operationen (einschliesslich 3 Probelaparotomien) 8 = 61.54% Heilungen. Bei den *solitären Stenosen* ist die *Resektion der stenosirten Partie* als das Normalverfahren zu betrachten, eventuell kommen die *Enteroanastomose* und die *totale Darmausschaltung* in Frage.

Bei den *multiplen Strikturen* gestalten sich die Bedingungen ausserordentlich verschieden je nach der Zahl und dem Sitze der einzelnen Verengerungen. Sind die Stenosen auf einen verhältnissmässig *kurzen* Darmabschnitt vertheilt, so wird dieser in toto resecirt. Sind nur *wenige Stenosen* vorhanden und diese durch *längere Strecken gesunden Darmes getrennt*, so greift man die Herde getrennt an und resecirt jeden für sich. Die grössten Schwierigkeiten bereitet die Wahl der Operation auch theoretisch in den Fällen, in denen die grosse Zahl der Stenosen die Einzelresektion ausschliesst, während die Berechtigung der Exstirpation der ganzen erkrankten Darmpartie durch die grosse Ausdehnung des Processes zweifelhaft wird. Erscheint hier weder Resektion, noch Anastomosenbildung zugänglich, so thut man wohl am besten, die Operation als Probelaparotomie zu beenden. Besonders ungünstig liegen die Verhältnisse dann, wenn die *Operation während eines akuten Ileusanfalles* vorgenommen werden muss, wo also unter jeder Bedingung die Beseitigung des Hindernisses erstrebt werden muss, und zwar am besten durch *Enteroanastomose.* Auf Grund seiner ungünstigen Erfahrung warnt H. hier vor der Punktion der ausgedehnten Schlinge, sofern diese an beiden Enden stenosirt ist. Gelingt die Reposition aber nur nach der Punktion, so muss die genähte Punktionsstelle extraperitonäal in der Bauchwunde fixirt werden.

Den Schluss der Abhandlung bilden 70 tabellarisch zusammengestellte Fälle von *operativ behandelter solitärer tuberkulöser Darmstenose.*

P. Wagner (Leipzig).

148. De la cystorraphie immédiate après la taille hypogastrique; par le Dr. De Vlaccos. (Revue de Chir. XVI. 8. p. 621. 1896.)

Wunderbarer Weise sträubt sich die Mehrzahl der französischen Chirurgen noch immer dagegen, *nach der Sectio alta die Blasenwunde durch die Naht zu vereinigen*, um wo möglich eine Heilung per primam intentionem zu erlangen. Vl. macht nochmals auf die grossen Vorzüge der *„unmittelbaren Cystorraphie“* aufmerksam, hebt hervor, dass sie bei Kindern und im Greisenalter, auch bei verhältnissmässig tiefen Veränderungen der Blasenschleimhaut mit Erfolg ausgeführt werden kann.

Zum Beweise für diese letztere Behauptung theilt er eine eigene Beobachtung bei einem 75jähr. Manne mit. Catgutnaht der Blasenincision trotz verschiedener Ulcerationen der Blasenschleimhaut. *Heilung* per primam intentionem.

P. Wagner (Leipzig).

149. Die galvanokaustische Diaerese zur Radikalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata; von Prof. E. Bottini in Pavia. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 98. 1897.)

B. ist ein ausgesprochener *Gegner der Castration bei Prostatahypertrophie.* „Wenn die Entmannung, neuerdings begünstigt mit schweren Opfern von Beschnittenen, wirklich gegen die Ischurie bei Prostatahypertrophie nützen sollte, was übrigens noch nicht bewiesen ist, so sollte sie doch von der chirurgischen Therapie ausgeschlossen sein, weil sie dem moralischen Gefühle, sowie auch dem Prestige der Humanität widerstrebt.“

Für die Radikalbehandlung der Ischurie bei Hypertrophie der Prostata empfiehlt B. auf's Angelegentlichste seine, in der letzten Zeit auch von Czerny warm befürwortete *galvanokaustische Diaerese der Prostata.* Die Vorzüge dieser Methode sind folgende: 1) Unmittelbare Wirkungskraft der Operation, insofern als Kranke, die jahrelang keinen Tropfen Urin lassen konnten, nach wenigen Stunden im Stande sind, ganz von selbst zu uriniren. 2) Unschädlichkeit der Operation bei vollkommen aseptischem Verlauf, selbst bei Achtzigjährigen und bei fauligem Urin. 3) Beständigkeit der Heilung, da bis heute noch kein Wiederauftreten der Krankheit beobachtet wurde. 4) Keine Ueberbleibsel oder unangenehme Nachwirkung der erlittenen Operation. 5) Die Operation ist keineswegs schmerzhaft und kann ohne Narkose ausgeführt werden.

B. giebt dann eine genaue Beschreibung seines Verfahrens und namentlich auch des von ihm angewandten Instrumentariums, auf dessen Güte ausser-

ordentlich viel ankommt. Mehrere neue klinische Beobachtungen beschliessen die sehr lesenswerthe Arbeit. P. Wagner (Leipzig).

150. **Traitement des ostéoarthrites tuberculeuses au moyen des injections sous-périostéales de la solution de chlorure de zinc d'après la méthode sclérogène de O. Lannelongue**; par le Dr. J. Ziématzky. (Revue de Chir. XVI. 8. p. 569. 1896.)

Z. hat die subperiostealen Chlorzinkeinspritzungen (7—10 Tropfen einer 10proc. Lösung) genau nach den Vorschriften Lannelongue's an 40 Kranken mit tuberkulösen Knochen- und Gelenkaffektionen vorgenommen. Diese Methode giebt namentlich im Beginne der Erkrankung günstige Resultate (12 Heilungen auf 17 Fälle). In den letzten Jahren war Z. sehr zufrieden mit der Combination des Lannelongue'schen Verfahrens und der Bier'schen Staunngshyperämie.

Die Injektionen müssen streng aseptisch ausgeführt werden; die Gelenke werden danach immobilisirt. Sehr nervöse und empfindliche Kranke werden vorher mit Bromäthyl betäubt.

P. Wagner (Leipzig).

151. **Amputation statistics at the London temperance hospital**; by W. J. Collins. (Lancet Jan. 9. 1897.)

Vom 1. Juli 1888 bis 31. Dec. 1896 wurden im Londoner Temperenzler-Hospitale 75 Amputationen vorgenommen: 59 wegen Erkrankung, 16 wegen Trauma. Von den 75 Amputirten (37mal handelte es sich allerdings nur um Amputationen von Fingern oder Zehen) starb nur 1 Kranker (Sarkom des Oberschenkels, Amputation, Metastasen). Dieser letztere Kranke, sowie eine Frau, der wegen embolischer Gangrän der Unterschenkel amputirt wurde, sind die einzigen Kranken, denen vorübergehend „Alkohol“ verordnet wurde. (Die Statistik ist nicht besser und nicht schlechter als der gewöhnliche Durchschnitt.) P. Wagner (Leipzig).

152. **Un nouveau procédé de traitement chirurgical des luxations des tendons**; par V. A. Périmoff. (Revue de Chir. XVI. 9. p. 679. 1896.)

P. berichtet über einen 22jähr. Kranken mit *Luxation der Peronäussehne*, bei dem Kouzmine dadurch Heilung erzielte, dass er aus dem Malleolus externus ein Periostknochenläppchen bildete, über die Sehne zurückschlug und anheilte. Ausgezeichneter funktioneller Erfolg.

(Die gleiche Operation ist auch von König, Kraske und Kramer erfolgreich vorgenommen worden.) P. Wagner (Leipzig).

153. **Ueber die Reponibilität der veralteten Schultergelenksluxationen**; von Dr. J. Finckh in Tübingen. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 751. 1897.)

Innerhalb mehrerer Jahrzehnte wurden in der Tübinger chirurgischen Klinik 223 *Humerusluxationen* behandelt: 123 *frische*, 100 *veraltete*. Die meisten Luxationen (132) kamen auf das 5. und 6. Decennium, auf das männliche Geschlecht (181) und auf die rechte Seite (123). Die Mehrzahl der Luxationen entstand durch *äussere Gewalteinwirkung*. Unter 201 *vorderen Luxationen* waren 190 L. axillares, bez. subcoracoideae, 8 L. praescapulares, 2 L. subclaviculares, 1 L. axillar. erecta. Unter 5 *hinteren Luxationen* 3 L. subacromiales, 2 L. subspinales. Verschiedentlich waren *neben der Luxation noch Complikationen* vorhanden: Frakturen des Humerusschaftes, -Halses, des grossen Tuberkels, der Schultergelenkspfanne, Weichtheilsverletzungen. Mehrfach wurden *recidivirende* und *habituelle Schultergelenksluxationen* beobachtet.

Von den *100 veralteten Luxationen* (81. M., 19 W.) lagen 97 nach vorn, 3 nach hinten. Die *Dauer der Luxation* schwankte von über 2 Wochen bis zu 7 Jahren. In manchen Fällen hatte sich im Laufe der Zeit eine so gute Gebrauchsfähigkeit des Armes hergestellt, dass man sich zu keinem Eingriffe veranlasst sah.

Die *Reposition* wurde *versucht* in 73 Fällen; 15mal wurde sie gar nicht versucht wegen zu langer Dauer der Luxation und wegen gewisser Complikationen; in 6 Fällen war die Luxation habituell, in 3 Fällen wurde eine Operation vorgenommen. Als *Repositionverfahren* kamen am häufigsten die Methoden von Bruns, Schinzinger und Kocher zur Anwendung.

Unter 73 Fällen, in denen die Reposition versucht wurde, gelang sie 48mal, in 25 Fällen war der Versuch vergeblich. Des Genaueren ergab sich:

2.—3. W.	20 Luxationen,	hiervon	19 = 95%	= 84% reponirt.
3.—6. „	24 „	„	20 = 83%	
6.—9. „	11 „	„	7 = 64%	

Das Hauptergebniss ist folgendes: Wenn keine Complikation irgend welcher Art mit der Humerusluxation verknüpft ist, so ist die Prognose der 2—4 Wochen alten Luxationen eine absolut günstige; bis zu 9wöchiger Dauer der Luxation eine recht gute, indem bis zu diesem Zeitpunkte beinahe 4/5 aller Verrenkungen reponirt werden können. Die länger als 9 Wochen bestehenden Schulterluxationen lassen sich auf unblutigem Wege nur ausnahmeweise noch reponiren.

P. Wagner (Leipzig).

154. **Beitrag zur operativen Behandlung der habituellen Schultergelenks-Luxation**; von Dr. J. Samosch in Breslau. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 803. 1897.)

Bei einem 38jähr. Kr. mit *habitueller Schultergelenks-Luxation* fand Mikulicz nach Freilegung des Gelenkes mittels Ollier-Hüter'schen Schnittes als einzigen pathologischen Befund eine *Erschlaffung der Gelenkkapsel* der Art, dass vorn und innen eine beträchtliche Aussackung, gleichsam ein Bruchsack, in den der Humeruskopf hineinschlüpfen konnte, vorhanden war. Behufs Verengerung des Kapselraumes wurde vorn der

ausgesackte Theil der Kapsel der ganzen Länge nach in senkrechter Richtung gespalten. Der mediale Theil der Aussackung wurde dann über den lateralen herübergelegt, stark nach vorn und lateralwärts gezogen und in dieser Lage mit 4 tiefgreifenden versenkten Silbernähten an die Aussenwand des medialen Kapseltheiles angenäht. *Heilung* mit vollständiger Erhaltung der Beweglichkeit des Gelenkes.

In ähnlicher Weise haben bereits Ricard und Steinthal operirt.

S. kommt zu folgenden Schlussfolgerungen: In allen Fällen von habitueller Schultergelenkluxation, in denen die conservative Therapie im Stiche gelassen hat (und das ist meistens der Fall) empfiehlt sich operatives Vorgehen. Durch Freilegung des Gelenkes müssen zunächst die anatomischen Verhältnisse klargestellt werden. *Sind Knochenveränderungen vorhanden, so ist die Resektion am Platze;* in allen anderen Fällen muss individuell vorgegangen werden; besonders erstrebenswerth erscheint die *Herbeiführung einer Kapselduplikatur an der Stelle des geringsten Widerstandes* in der von Mikulicz ausgeführten Weise.

P. Wagner (Leipzig).

155. **A clinical, pathological, and experimental study of fracture of the lower end of the radius with displacement of the carpal fragment toward the flexor or anterior surface of the wrist;** by John B. Roberts. (Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 1. p. 10. Jan. 1897.)

Die Arbeit enthält u. A. eine Reihe bemerkenswerther Fälle schlecht geheilter *Frakturen des unteren Radiusendes,* die durch gute Abbildungen illustrirt werden. R. schliesst hieran eine kurze klinische Besprechung dieser Frakturform.

P. Wagner (Leipzig).

156. **Ein Operationsverfahren bei ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis. Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte;** von Dr. O. Wolff in Köln. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 7. 1897.)

Bei einem 46jähr. Kr., der an einer seit 45 (!) Jahren bestehenden *tuberkulösen Coxitis* in weit vorgeschrittenem Stadium, mit *starker Betheiligung des Beckens,* schwerer *Amyloiddegeneration* litt, und bei dem nur von einer schnellen Beseitigung der Eiterung Heilung erwartet werden konnte, hat Bardenheuer die *Exartikulation des Oberschenkels mit der zugehörigen Beckenhälfte* vorgenommen. „Der Erfolg hat das Mittel gebilligt, es ist schon jetzt nahezu vollkommene Heilung eingetreten; nach 5 Tagen war der Urin eiweissfrei.“

Bei der Ausführung der Operation kommt es vor Allem auf möglichste Blutersparniss an: *vorherige Unterbindung* der zum Oberschenkel und Becken gehenden Hauptarterien, der *Art. iliaca ext.* und *Art. hypogastrica.* P. Wagner (Leipzig).

157. **Zur operativen Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenkluxationen;** von Dr. G. Drehmann in Breslau. (Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. p. 775. 1897.)

Nach einer kritischen Besprechung der verschiedenen blutigen und unblutigen Methoden, die bei der *Behandlung irreponibler traumatischer Hüftgelenksluxationen* Anwendung gefunden haben, berichtet Dr. über 3 in der Breslauer chirurgischen Klinik beobachtete Fälle, in denen Mikulicz in folgender Weise operativ vorging.

Quer über den Trochanter maior verlaufender Schnitt mit temporärer Abmeisselung der Spitze des Trochanter major. Durch diesen Schnitt wird das Gelenk ergiebig freigelegt und ein ausgezeichneter Einblick gegeben. Alle pathologischen Verwachsungen kommen dem Auge zur Ansicht, vor allen Dingen der luxirte Kopf und die Gegend der alten Pfanne. Der Schnitt hat weiterhin den Vortheil, dass die Muskulatur überhaupt nicht lädirt wird wie beim Längsschnitte durch die Glutäen. Ein weiterer unschätzbarer Vortheil ist, dass durch die während der Operation nöthige Extension der quere Hautschnitt mehr zum Klaffen gebracht wird und so noch deutlicheren Einblick gestattet, während der Längsschnitt verengert wird, und die oft tiefe Wunde durch Haut, Fettgewebe und Muskulatur mit Haken stark auseinandergezogen werden muss, damit nur einigermaassen ein Einblick gewährt wird. Schliesslich ist die Blutstillung bedeutend erleichtert, die Blutung selbst überhaupt auf ein Minimum beschränkt.

2 Kranke genasen; der eine Kranke starb 7 Wochen nach der Operation an septischer Infektion, wahrscheinlich verursacht durch eine nachträgliche Infektion der Wunde von der schwer sauber zu haltenden Haut des Gesässes aus. Ausser diesen Fällen wurde dieselbe Operation noch bei einer paralytischen und 2 pathologischen Hüftluxationen mit gutem Erfolge geübt. Alle 3 Kranke hatten ungestörte Wundheilung.

In der Literatur hat Dr. noch 9 Fälle (1 gest.) von blutiger Reposition irreponibler traumatischer Hüftverrenkung gefunden. Die Reposition gelang stets leicht. Das funktionelle Resultat war in 3 Fällen geradezu ideal; in 5 Fällen war der Erfolg bei der Entlassung mindestens ein guter zu nennen; in 1 Falle kam es durch Infektion zur Ankylose, in einem mit Lähmung complicirten Falle zur Reluxation.

Zur Operation darf stets erst dann geschritten werden, wenn durch die permanente Extension eine gewisse Mobilisation eingetreten ist.

P. Wagner (Leipzig).

158. **De la conservation du pied dans les cas d'ostéomyélite du tibia propagée à l'astragale et aux autres os du tarse;** par le Prof. Ollier. (Revue de Chir. XVI. 8. p. 573. 1896.)

Wie weit man in den conservativen Bestrebungen gehen kann, beweisen zwei von O. ausführlich mitgetheilte Krankengeschichten eines 15- und eines 11jähr. Mädchens. Bei beiden Kranken handelte es sich um akute Osteomyelitis der Tibia, die auf den Talus und die anderen Tarsalknochen übergegangen war. Nach vollkommen abgelaufener Krankheit *entfernte* O. bei beiden Kranken *fast die ganze Tibia und den Talus und beobachtete eine vollständige Regeneration der Tibia und die Wiederbildung eines festen und beweglichen Tibio-Tarsalgelenkes.*

Die Einzelheiten dieser Krankengeschichten,

die durch ihre Abstammung von O. von bleibendem und hervorragendem Werthe sind, sowie die allgemeinen Erörterungen, die O. betreffs der Anzeigen zu solchen „erhaltenden“ Operationen an diese beiden Fälle knüpft, können nicht in den Rahmen eines kurzen Referates gefasst werden.

P. Wagner (Leipzig).

159. **Ginocchio valgo e macrosomia**; pel Ghillini. (Bull. delle Sc. med. di Bologna Marzo 1896.)

Das gigantisch vergrösserte rechte Bein eines 11jähr. Knaben wurde wegen Genu valgum hohen Grades an Tibia und Fibula, sowie am Femur osteotomirt. Um die gewaltige Verlängerung zu beseitigen (11 cm), wurde die letzterwähnte Durchmeisselung schief angelegt, durch starke Verschiebung gelang es, eine Verkürzung von 9 cm zu erzielen, eine gewiss seltene Indikation der gewöhnlich einer Verlängerung wegen ausgeführten Osteotomia obliqua.

Vulpius (Heidelberg).

160. **Ueber Arthrodese des Fussgelenkes**; von Dr. E. Hübscher in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 2. 1897.)

Auf Grund eines eigenen günstig verlaufenen Falles und der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen empfiehlt H. auf's Wärmste die *Arthrodese des paralytischen Klumpfusses*. Die Arthrodese greift in der Regel im Gegensatze zur Resektion ein gesundes Gelenk an; sie hebt dessen Funktion auf, mithin ist sie eine verstümmelnde Operation; sie darf deshalb erst dann vorgenommen werden, wenn jede Hoffnung auf die Wiederherstellung der gelähmten Muskeln verschwunden ist, jedenfalls nicht vor Ablauf des ersten Jahres nach Eintritt der Lähmung. Die Arthrodese soll erst nach vollständiger Correktion der Contrakturstellung vorgenommen werden, und zwar bei dem ungünstigen Materiale, wie es solche Füsse bilden, auf möglichst einfache Weise. Alle complicirten Schnitte, Nebenverletzungen von Knochen, Gefässen und Nerven sollen vermieden werden. Der ideale Schnitt zur Eröffnung des Fussgelenkes ist der *äussere seitliche Querschnitt* von Reverdin-Kocher, wobei die Kapsel leicht eröffnet, das Gelenk genügend freigelegt und die Gelenkflächen mittels Messers und scharfen Löffels entknorpelt werden können. Wundnaht, Gipsverband bis zur Mitte des Oberschenkels bei rechtwinkelig fixirtem Fussgelenke.

P. Wagner (Leipzig).

161. **Der Cirkelschnitt bei der Behandlung der Unterschenkelvaricen und varikösen Unterschenkelgeschwüre**; von Dr. H. Petersen. (Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten IV. p. 354. 1896.)

Seit Anfang 1893 hat Schede eine neue operative Behandlung der Unterschenkelvaricen ausgeübt, die seitdem in einigen 40 Fällen zur Anwendung gelangt ist: Cirkelschnitt um den Unterschenkel mit Durchtrennung des subcutanen Gewebes bis auf die Fascie, doppelter Unterbindung sämmtlicher Venen, bez. Varicen, Naht der gesetzten Wunde.

Eine dieser in der Hauptsache gleiche Methode ist bereits im November 1894 von Augusto Moreschi empfohlen worden.

Die leitende Idee ist bei beiden Methoden die gleiche, die Trendelenburg als Grundlage für seine Unterbindung der V. saphena magna bei Unterschenkelvaricen angegeben hat. Das Vorbild für die Operation war die Nussbaum'sche Umschneidung der Ulcera cruris.

Die Operation wurde stets in Narkose und meist unter Blutleere vorgenommen. Der Schnitt ging meist um den grössten Umfang der Wade. Bei namentlich nach unten sehr ausgedehnten Varicen wurde ein 2. Cirkelschnitt 6—10 cm oberhalb der Malleolarspitze hinzugefügt. Von 16 4 Monate bis $1^3/_4$ Jahre nach der Operation beobachteten Kranken sind 12 vollkommen geheilt.

P. Wagner (Leipzig).

162. **Zur Pathologie des Ectropion sarcomatosum**; von Dr. K. Rumschewitsch in Kiew. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 1. Jan. 1897.)

R. beobachtete 4 Fälle von noch ganz frischem Ectropium sarcomatosum, wobei also noch keine Erweichung des Tarsus vorhanden war, und untersuchte ein solches Lid mikroskopisch. Die Veränderungen bestanden hauptsächlich in einer diffusen Wucherung von adenoidem Gewebe in der Bindehaut selbst, wodurch diese stark geschwollen war, sowie auch im Bereiche des orbitalen Tarsusrandes und der Uebergangsfalte. Im Gegensatze zu Wolfring legt R. bei der Erklärung des Ektropium auf die Erkrankung der Krause'schen Drüsen kein grosses Gewicht, da die Zahl dieser Drüsen im unteren Lide doch zu klein ist, 6—8, manchmal nur 2. R.'s Erklärung ist: Die geschwollene Bindehaut im tarsalen Theile schiebt das schwerer gewordene Lid vom Auge ab; nach der Schwächung des Müller'schen Muskels durch den Druck des adenoiden Gewebes bleibt nur die äussere Lamelle des Processus fasciae des unteren geraden Muskels, der nicht nur den ciliaren Rand, sondern auch die unmittelbar neben ihm gelegenen Bündel des M. orbicularis nach unten herabzieht. Das Lid wird ektropionirt und dabei helfen ebenfalls die relativ mehr entwickelten und der Wirkung der äusseren Lamelle nicht ausgesetzten Bündel des Orbicularis, die näherhin zum orbitalen Tarsusrande gelegen sind.

Lamhofer (Leipzig).

163. 1) **Die Bekämpfung der Körnerkrankheit (Trachom) in Preussen**; von Dr. M. Kirchner in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9. 10. 1897.)

2) **Ueber die Körnerkrankheit in Ost- und Westpreussen**; von J. Hirschberg. (Ebenda 10. 11. 1897.)

1) Das Trachom spielt in einigen Provinzen Preussens eine unheilvolle Rolle. Ueber seine Verbreitung in der Bevölkerung ist noch keine Statistik vorhanden; eine genauere Statistik aber besitzen wir über die an Trachom leidenden Soldaten. Während Bayern, Württemberg, Sachsen fast vollkommen frei sind von Trachom, findet man im I., II., V. und VI. Armeecorps in Preussen, Pommern, Posen und Schlesien eine, wenn auch in der Abnahme begriffene, doch immerhin hohe Zahl von Trachomkranken. Das Trachom herrscht hauptsächlich in den an Russland und Oesterreich grenzenden Provinzen. Die Bevölkerung ist arm und lebt nach der Schilderung von Kirchner in geradezu traurigen Verhältnissen. Das Trachom ist sicher ansteckend; kaum eine andere Krankheit befällt so sehr alle oder fast alle Mitglieder einer Familie. K. bespricht dann die Verhältnisse in Russland und besonders in Ungarn, wo die Regierung gegen diese Krankheit treffliche Maassregeln angeordnet hat. Die Schädigung durch Trachom ist eine dreifache: Geringere geistige Ausbildung bei mangelhaftem Schulbesuche, Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit und Herabsetzung der Wehrkraft. Zur Bekämpfung der Krankheit ist Staatshülfe vor Allem nöthig, denn Bewohner und Gemeinden dieser Provinzen sind zu arm. Jedoch die vom Cultus-Ministerium für Ost- und Westpreussen angewiesene Summe betrug 1895 nur ca. 16000, 1896 ca. 23000 Mark; für das nächste Jahr sollen 75000 Mark eingestellt werden. Diese Summen sind im Verhältniss zur Grösse des Nothstandes viel zu gering. K. verlangt Trachomkrankenhäuser, Trachomärzte und Forthildungscurse für die Landärzte (wie in Ungarn), regelmässige Untersuchung der Schulen, Besserung der hygieinischen Verhältnisse, Belehrung der Bevölkerung durch Geistliche, Lehrer u. dgl., Heranhildung eines Hülfspersonals, besonders unter den Lehrern, denen er auch die Nachbehandlung, Einpinselungen u. dgl. übertragen will.

Hirschberg erwähnt in der Einleitung, dass das in den Ostprovinzen so häufig vorkommende Trachom schon in Berlin eine Seltenheit sei. Kinder und Erwachsene, die mit der Angabe, an ägyptischer Augenentzündung zu leiden, in seine Sprechstunde kamen, litten fast ausnahmelos an „einer falschen Diagnose“ und den Schreckensruf, in der und jener Bürgerschule sei die ägyptische Augenentzündung ausgebrochen, fand er bei der Nachprüfung als völlig unbegründet „von einem eifrigen, aber nicht sehr erfahrenen Jünger Aesculaps“ ausgestossen. [Dies stimmt, nebenbei bemerkt, nach der Erfahrung des Ref. vollständig auch für Leipzig, wo die Körnerkrankheit unter den Einheimischen nicht vorkommt, obwohl schon seit mehreren Jahrhunderten zweimal des Jahres ziemlich viele trachomkranke Kaufleute aus Trachomgegenden hieher kommen und sich hier mehrere Wochen aufhalten.]

H. giebt dann einen kurzen Abriss der Geschichte des Trachoms, das schon von Hippokrates, ja schon im Papyrus Ebers vor 3400 Jahren beschrieben worden sei. Dass die Körnerkrankheit, wie sie jetzt in Europa vorliegt, lediglich auf die Feldzüge Napoleons zurückzuführen sei, hält H. für unrichtig. Wo das Trachom jetzt herrscht, da herrschte es auch schon vor der Zeit Napoleons. Ungünstige Lage- und Hygieine-Verhältnisse sind auch nach H. ausschlaggebend. Bei seinen Untersuchungen in den Ostprovinzen fand H. nirgends frische Epidemien. In den beiden etwa 1000 Einwohner zählenden Dörfern Kalinowen und Milewen im Kreise Lyck, die am genauesten untersucht wurden, hatten 10% der Bevölkerung die Körnerkrankheit, 1—2% schwere, abgelaufene Körnerkrankheit. In den Dorfschulen der Provinzen fand H. 20—48% Trachom, 3—10% schwerste Formen. In den Stadtschulen und in den Gymnasien wird der Procentsatz immer geringer. In keiner Schule Ost- und Westpreussens fand H. weniger als 5% Trachom.

Bei den Schutzmitteln gegen das Trachom hebt auch H. die Unzulänglichkeit der öffentlichen Mittel hervor. Bei der Behandlung ist H. für Kupferstift, Silbernitratlösung u. dgl. und, wenn dies in einigen Wochen oder Monaten nicht zum Ziele führt, für operative Behandlung. Ueber das jetzt vielfach empfohlene Abreiben der kranken Bindehaut mit in Sublimatlösung getauchter Verhandwatte macht der geschichtskundige Autor eine Bemerkung, die auch cet. par. für viele andere „neue Heilmittel“ gilt: „Es ist das neue Verfahren der Gebrüder Keinig eigentlich identisch mit dem ältesten, der sogenannten hippokratischen Ophthalmoxysis. Der Grieche vor mehr als 2000 Jahren nahm Wolle, der Deutsche nimmt Baumwolle zum Reiben; der Grieche wählte Grünspan zur Aetzung, der Deutsche Sublimat.“ Von der Heranziehung nichtärztlichen Personals zur Behandlung von Trachomkranken räth H. im Gegensatze zu Kirchner ab.

Lamhofer (Leipzig).

164. **Ueber die Ursache und die Behandlung der Körnerkrankheit des menschlichen Auges**; von Prof. Dr. Burchardt. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXI. p. 33. Febr. 1897.)

B. fand in allen Fällen von wirklichem Trachome eigenthümliche Gebilde im Epithel, das die Follikel bedeckte. Diese sind scharf begrenzt, meist zwischen $^1/_{70}$—$^1/_{40}$ mm lang und etwa $^2/_3$ so breit, kernlos und anscheinend ohne Hülle. Das Innere der Körper zeigt manchmal eine unregelmässige, wie fein gekritzelt aussehende Zeichnung. Die Körner liegen meistens einzeln, manchmal aber zu 2—4 hart aneinander.

Für die Behandlung empfiehlt B. die Entfernung der Follikel und des unmittelbar darüber befindlichen Epithels unter sorgfältiger Schonung des gesunden Gewebes. B. brennt jeden einzelnen

Follikel galvanokaustisch aus. Das Ausschneiden von Bindehaut, auch das Abreiben oder Abbürsten der Bindehaut hält er für schädlich.

Lamhofer (Leipzig).

165. **Die diphtheritische Natur der croupösen Conjunctivitis**; von O. Haab. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 4. p. 97. 1897.)

H. schliesst sich der neueren Ansicht an, dass die Conjunctivitis crouposa, wenn sie auch klinisch mit einem von der Conjunctivitis diphtherica ganz verschiedenen Bilde auftritt, doch zur Diphtherie zu rechnen und daher mit Serum-Injectionen zu behandeln sei, nöthigenfalls selbst ehe noch Löffler'sche Bacillen nachgewiesen worden sind. H. erwähnt in einer Krankengeschichte eines 1jährigen Kindes mit Conjunctivitis crouposa, bei dessen Anwesenheit im Krankensaale der Züricher Universität-Klinik rasch hintereinander drei Personen an Diphtherie erkrankten. Auch das Kind erkrankte später noch an leichter Nasen- und Rachen-Diphtherie.

Lamhofer (Leipzig).

166. **Augendiphtherie und Heilserum**; von Dr. E. Ammann in Zürich. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 3. p. 65. 1897.)

A. berichtet von 6 schweren Erkrankungen an Augendiphtherie. Trotz wiederholter Injection von Heilserum war der Zerfall der Hornhaut des einen Auges oder beider Augen nicht zu verhindern. A. glaubt, dass die Prognose trotz Serum-Injection sehr zweifelhaft gestellt werden müsse, sobald die Hornhaut einmal ergriffen ist. Bei allen Kranken wurde eine genaue bakteriologische Untersuchung wiederholt vorgenommen. Dass die Hornhautzerstörung eine Folge der Einwirkung der Löffler'schen Bacillen allein sein kann, ist nach den Untersuchungen anzunehmen, wenn auch bei vielen Augen erst nach der Schwächnng des Hornhautgewebes durch die Löffler'schen Bacillen die Vereiterung dnrch Streptokokken und Staphylokokken verursacht worden mag. Einmal fand A. neben virulenten zugleich auch nicht virulente, den ersteren ungemein ähnliche Bacillen vor.

Lamhofer (Leipzig).

167. **Der Fränkel'sche Diplococcus als häufiger Erreger des akuten Bindehautkatarrhs**; von Dr. H. Gifford in Omaha. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 134. 1897.)

Während nach den Untersuchungen von Weeks und Morax der von Koch zuerst beschriebene Week'sche Bacillus in Paris und New-York bei Bindehautkatarrh fast stets gefunden wurde, fand G., mit Ausnahme von 4 Fällen, in Omaha nur den Fränkel'schen Diplococcus bei akutem Bindehautkatarrh. Von dem Sekrete eines 10jährigen kranken Kindes mit typischer Pneumokokken-Conjunctivitis brachte G. absichtlich etwas in sein Auge, das am nächsten Tage schon in gleicher Weise erkrankte. Es wurden massenhafte Kapselkokken gefunden. Der gleiche Erfolg trat ein, als ein Assistent sich von G.'s Bindehautsekret etwas überimpfte. Zinkchloridlösung hilft schnell; die meisten Erkrankungen heilen auch ohne Arznei.

Lamhofer (Leipzig).

168. **Beitrag zur Tuberkulose der Bindehaut**; von Dr. C. Grunert in Tübingen. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 99. 1897.)

Ein 27jähr. Mann mit Spitzenkatarrh, dessen Mutter an Schwindsucht gestorben war, erkrankte an einer Bindehautentzündung, die trotz wiederholter Aetzung zur Geschwür- und Knotenbildung führte. Bei der Untersuchung des operativ entfernten kranken Gewebes wurden Riesenzellen und Tuberkelbacillen gefunden. Es trat nach der Operation kein neuer Nachschub ein.

Lamhofer (Leipzig).

169. **Ueber die Abflusswege des Glaskörpers**; von Ulrich in Strassburg. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 53. 1896.)

U. erwähnt die vielen Untersuchungen am lebenden und am todten Auge, die seit mehr als 20 Jahren über den Flüssigkeitsstrom im Auge angestellt worden sind und die für den Glaskörper den Abfluss nach der vorderen Kammer, aber nicht nach hinten wahrscheinlich machen. Nur Schwalbe hat schon 1872 den Abfluss nach dem Sehnerven zu angenommen. Nach den eigenen Versuchen von U. findet im lebenden Auge ein Flüssigkeitstrom nach dem Sehnerven zu statt, der in den präretinalen und perivasculären Lymphräumen der Retina verläuft, der ähnlich der Blutentleerung in den Venen (Venenpuls) auf einer Saugwirknng beruht. Ansammlung von Eiter im Glaskörper verhinderte die Aufnahme von Tuschkörnern in die Retina, ebenso verminderter Blutdruck (Unterbindung der Aorta abdominalis). U. weist noch kurz auf die Panophthalmitis hin, bei der es im Gegensatze zu schleichenden traumatischen Augenentzündungen nicht zur Kokkenwanderung und zur sympathischen Erkrankung kommt.

Lamhofer (Leipzig).

170. **Einiges zur Lehre von der Entstehung und dem Verlaufe des prodromalen und akuten Glaukomanfalles**; von Prof. W. Czermak in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXII. 1. 2. 3. 4. 1897.)

Bei einem Menschen, dessen eines Auge an entzündlichem Primärglaukom erkrankt ist, finden wir die Kammer des anderen Auges gewöhnlich ausserordentlich flach, selbst flacher als im entzündeten Auge, und die Pupille eng. Vielleicht ist in dieser Abflachung die Disposition eines solchen Auges zum Glaukom begründet. Was ist nun die Ursache der Abflachung in einem Auge ohne alle Krankheitzeichen? Nach C. ist sie ein Excess der physiologischen Abflachung meist hypermetropischer Augen im Alter, bedingt durch fortschreitende Volumenzunahme der Linse und vielleicht auch der Ciliarfortsätze, ferner bedingt durch eine Verminderung des Kammerwassers, die wieder eine Folge der verminderten Absonderung der

Ciliarfortsätze ist. Iris, Linse und Glaskörper rücken nach vorn und mit letzterem die centralen Theile des Ciliarkörpers, die Zonula wird stärker gespannt und so wird trotz des Vorrückens der Linse die Refraktion nicht erhöht. In solchen disponirten Augen mit flacher Kammer kann bei erweiterter Pupille der peripherische Iristheil an die Hornhaut sich anlegen (ganz verschieden von Anlöthung durch Entzündung, also immer rein mechanisch), indem die Iris eine Knickung in der Richtung nach aussen und vorn erleidet. Dadurch wird aber der Abfluss des Kammerwassers in die Kammerbucht behindert oder aufgehoben, der Druck in der Kammer steigt, der Iris-Randtheil wird noch fester vom Kammerwasser der hinteren Kammer an das Trabeculum corneosclerale angepresst, es steigt der Druck im Auge immer mehr, die aktive und passive Blutüberfüllung in allen Geweben erreicht einen hohen Grad. Hat der Sphinktertheil der Iris noch genügend Kraft, auf den stärkeren Reiz hin oder durch ein Myoticum sich zusammenzuziehen, so kann die Anlegung der Iris wieder durch Geradestreckung derselben bei der Verengerung der Pupille ganz oder theilweise aufgehoben und der natürliche Zusammenhang mit der Kammerbucht wieder hergestellt werden. Bei länger dauernder Anlegung ist die Gefahr einer Anlöthung der Iris vorhanden. Der Zusammenhang mit der Kammerbucht kann bekanntlich durch Iridektomie, Sklerotomie hergestellt werden.

Im Allgemeinen erklärt diese rein mechanische Theorie die Entstehung des Glaukomanfalles, die Erscheinungen des Prodromalstadium, die Selbstheilung, die leichtere Entstehung nach Einträufelung von Mydriaticis, nach Gemüthsbewegungen, in der Dämmerung u. s. w. und schliesslich auch den Einfluss der Operation.

Lamhofer (Leipzig).

171. **Beitrag zur Kenntniss der spontanen Bindegewebsbildung in Netzhaut und Glaskörper** *(Retinitis proliferans Manz) nebst einem Nebenblick auf die Aetiologie des hämorrhagischen Glaukoms;* von Dr. O. Purtscher in Klagenfurt. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft. p. 1. 1896.)

In P.'s lehrreicher Monographie über Retinitis proliferans sind einerseits die Literaturberichte über diese Krankheit kritisch zusammengestellt, andererseits eigene klinische Beobachtungen, sowie der anatomische Befund eines enucleirten Auges wiedergegeben und so ist ein den jetzigen Kenntnissen entsprechendes recht klares klinisches Bild dieser Krankheit aufgestellt. In dem enucleirten Auge waren ausser glaukomatösen Veränderungen noch entzündliche Veränderungen der Gefässwände und proliferirende und degenerative Vorgänge in der Netzhaut und im Glaskörper vorhanden, die durch nebenhergehende Blutungen noch weiter angefacht worden waren. Wenn auch in fast allen bisher beschriebenen Fällen von Retinitis proliferans Blutungen, d. h. recidivirende, nicht nur einmalige Blutung, gefunden worden sind, so sind diese doch nicht immer allein die Ursache der Bindegewebeneubildung. Nach P. giebt es 1) eine Bindegewebeneubildung in der Netzhaut und im Glaskörper, die auf wiederholte Blutergüsse in das Auge zurückzuführen ist (Leber). Hierbei müsste noch unterschieden werden zwischen direkten Umwandelungsprodukten der Blutergüsse und den Produkten einer reaktiven Netzhautentzündung. 2) Eine Bindegewebewucherung der Netzhaut als Folge einer vielleicht typischen Gefässerkrankung, als Produkt einer vermittelnden Retinitis nach Manz. Als Begleiterscheinung finden sich auch hier gewöhnlich Blutungen. Diese zweite Form der Erkrankung wäre als eigentliche Retinitis proliferans zu bezeichnen. Lamhofer (Leipzig).

172. **Netzhautvenen-Erkrankung als Ursache der jugendlichen Netzhaut- und Glaskörperblutung;** von Dr. Richard Simon in Berlin. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XX. p. 325. 1896.)

Bei einem 27jähr. Manne mit normalem Zustande von Herz, Lunge, Niere u. s. w., der auch immer gut gesehen hatte, nahm nach mehrtägigem Nasenbluten das Sehvermögen auf dem einen und dann auf dem anderen Auge bedeutend ab. Mit dem Augenspiegel fand man Netzhaut- und Glaskörperblutungen und neugebildetes Bindegewebe, ferner bei ganz normal aussehenden Arterien eine krankhafte Veränderung der Wand aller Venen der Netzhaut. Die Ursache dieser Venenerkrankung ist ebenso dunkel wie die Neubildung von Bindegewebe, die bei diesem Kr. sicher schon vor den Blutungen stattgefunden hatte. Möglicher Weise waren die Blutungen in den Glaskörper erst die Folge von Blutungen aus neugebildeten, leichter zerreisslichen Gefässen.

Lamhofer (Leipzig).

173. **Zur Pathologie der Embolie der Netzhautschlagader;** von Dr. Camill Hirsch in Prag. (Arch. f. Augenhkde. XXXIII. Erg.-Heft. p. 141. 1896.)

H. beobachtete mehrere Fälle von Embolie der Netzhautschlagader oder einzelner ihrer Aeste oder eines sogen. cilioretinalen Gefässes, wobei der Gesichtsfelddefekt geradezu wie nach einem Experimente über die Art der Blutversorgung und Ernährung der einzelnen Netzhautstellen Aufschluss gab. Ausser den genauen Krankengeschichten enthält die Arbeit noch mehrere Aufnahmen des Augenhintergrundes und Gesichtsfeld-Abbildungen.

Als feststehend muss vor Allem angenommen werden, dass die allein vollständig die Netzhaut ernährende Art. centralis und ihre Aeste Endarterien sind, dass ein Collateralkreislauf nicht eintreten kann. Der obere und der untere Hauptast der Netzhautarterie kann embolisch verstopft sein und doch kann das Gebiet der Macula erhalten bleiben, auch dann, wenn keine „cilioretinalen“ Gefässe mit dem Augenspiegel gefunden werden. Die absoluten Gesichtsfelddefekte der einzelnen Bezirke sind von schmalen, weniger empfindlichen Zonen umgeben;

dies ist eine Folge verminderter, nur durch Nachbargefässe besorgter Ernährung. Erblindung des Netzhautcentrum und totale Sehnervenatrophie sind die Folge der Embolie aller drei Ernährunghauptgefässe oder des Stammes der Centralarterie. Eine ausnahmeweise vorkommende emholische Erblindung der Macula, eine isolirte, wird von H. ausführlicher beschrieben. Lamhofer (Leipzig).

174. **Ueber hereditäre Sehnervenatrophie**; von Dr. Velhagen in Chemnitz. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52. p. 841. 1896.)

Zwei Söhne von gesunden Eltern bemerkten im Anfange der 20er Jahre ohne alle nachweisbare Ursache eine rasche Abnahme des Sehvermögens beider Augen, so dass sie in kurzer Zeit arbeitunfähig wurden. V. fand centrales Skotom und Verfärbung der Papillen der Sehnerven, besonders im äusseren Theile, und Verengerung der Arterien. Anch der dritte Sohn, der Seemann war, musste im gleichen Alter wegen plötzlich eintretender Sehschwäche seinen Beruf aufgeben. V. nimmt eine angeborene Schwäche der Sehnervenfasern bei diesen drei Kranken an. Lamhofer (Leipzig).

175. **Two cases of „a rare fatal disease of infancy with symmetrical changes in the macula lutea“ (Kingdon)**; by Dr. Karl Koller. (New York med. Record L. 8. p. 266. Aug. 1896.)

Es sind bis jetzt ungefähr 20 Fälle einer eigenartigen Kinderkrankheit in der Literatur beschrieben worden, die fast stets unter dem ganz gleichen Bilde verläuft. Die meist jüdischen Kinder entwickeln sich in den ersten Wochen normal; nach einigen Monaten fällt den Eltern auf, dass die Kinder nicht richtig sehen, manchmal ist sogar Nystagmus vorhanden, dass alle Muskeln schlaff sind, die Kinder den Kopf nicht heben können und in den nächsten Monaten nicht gehen lernen, sondern immer hinfälliger werden. Die grösste Zahl dieser Kinder stirbt im 1. oder 2. Lebensjahre. Mit dem Augenspiegel wird eine Veränderung der Macula lutea gefunden, die der bei Embolie der Art. centralis retinae ähnlich ist. Später gesellt sich dazu weisse Verfärbung der Papille des Sehnerven. Die Eltern der Kinder waren gesund, Syphilis war nicht nachzuweisen. Oefter kamen in einer Familie mehrere derartig erkrankte Kinder vor. K. giebt auch zwei Geschichten solcher von ihm beobachteter Kinder einer Familie. Ein Kind, das allerdings geistig und körperlich zurückgeblieben war, wurde 4 Jahre alt. Nach K. liegt ein degenerativer Process der Hirnrinde und der Retina vor.

Lamhofer (Leipzig).

176. **Zur Gläserbehandlung des unregelmässigen Hornhaut-Astigmatismus**; von Dr. Th. Lohnstein in Berlin. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 405. Dec. 1896.)

Die Abhandlung L.'s ist von hohem Werthe, da es sich um die anf Grund eigener genauer Beobachtung und optischer Berechnung angestellte Correktion des unregelmässigen Hornhautastigmatismus L.'s selbst handelt. Das Hornhautleiden (Keratoconus) des jungen Arztes hatte sich allmählich auf beiden Augen während der Universitätsstudien entwickelt. Die Operation des einen Auges hatte eine Verschlechterung des Sehvermögens zur Folge. Nun construirte sich L. eine Brille nach Thomas Yonng, bei der die Brechung der Hornhaut durch ein mit Wasser gefülltes und mit einer Linse versehenes kleines Becken angeschlossen wird. Diese Brille, Hydrodiaskop nennt sie L., ist leicht anzulegen, wird mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt und scheint nach der Zeichnung und der Angabe L.'s nicht besonders unbequem zu sein. Die Verbesserung des Sehvermögens aber ist geradezu auffallend sowohl für die Ferne als für die Nähe. L. hat damit schon bis 7 Stunden während eines Tages gelesen und geschrieben, ist auch im Stande, feinste Druckschrift zu lesen, eine bei doppelseitigem Keratoconus staunenswerthe Leistung. Eine Reizung des Auges durch die Flüssigkeit hat L. nie empfunden. Lamhofer (Leipzig).

177. **Lenticular myopia as a cause of so called „second sight“**; by Dr. John Roosa. (New York med. Record LI. 1. p. 5; Jan. 1897.)

Es ist allgemein bekannt, dass ältere Leute mit beginnendem grauen Staar mit ihren gewohnten Convexgläsern nicht mehr lesen können, daher wieder schwächere oder gar keine Gläser zum Nahesehen benutzen, und zum deutlichen Fernsehen Concavgläser nöthig haben. Die Leute freuen sich meist über die Verbesserung ihrer Augen.

R. erwähnt einer Dame, die er in ihrem 41. Lebensjahre 1878 zuerst untersucht hatte. Damals bestand beiderseits Hypermotropie; das Sehvermögen $^{20}/_{40}$, mit $+ ^{1}/_{36}$, aber beiderseits $^{20}/_{20}$; mit $+ ^{1}/_{10}$ Jg Nr. 1. 8 Jahre später war das Sehvermögen gleich gut. 1896 gab die Kr. an, dass sie seit ungefähr 1 Jahre zum Lesen kein Glas mehr trage. Sie las mit dem linken Auge fliessend Jg 1, mit dem rechten Auge bei Gebrauch von $+ ^{1}/_{20}$. Für die Ferne war links $S = ^{20}/_{200}$, mit $- ^{1}/_{12}$ $^{20}/_{40}$; rechts $S = ^{20}/_{70}$, mit $- ^{1}/_{20}$ $^{20}/_{30}$. Die Untersuchung mit dem Augenspiegel ergab, dass Linse, Retina u. s. w. vollständig normal waren. Das wäre also Linsenschwellung ohne Trübung. Lamhofer (Leipzig).

178. **Le traitement chirurgical de la myopie**; par le Dr. Panas. (Gaz. des Hôp. LXIX. 150. p. 1461. Déc. 31. 1896.)

P. giebt einen ganz kurzen geschichtlichen Ueberblick über die Operationen bei Kurzsichtigkeit hohen Grades, die früher in der Durchtrennung der geraden und der schiefen Augenmuskeln bestanden, während seit einigen Jahren wieder die vor einigen Jahrzehnten verpönte Entfernung der durchsichtigen Linse üblich ist.

Auch P. ist für die Discission, ausser bei bedrohlichen Veränderungen der Aderhaut, wenn er auch glaubt, dass die zahlreichen bis jetzt gemeldeten Erfolge für eine strenge Kritik noch vou zu kurzer Dauer seien. Bei einem von ihm operirten 16jähr. Mädchen mit einer Myopie von 22 D beobachtete er nach der Linsen-Aufsaugung ein Fort-

schreiten der atrophischen Aderhautveränderung, die vor der Operation nur in einer ganz kleinen Sichel am Papillarande bestand.

Lamhofer (Leipzig).

179. **Ueber die Discission**; von Dr. A. Elschnig in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 53. 1896.)

E. bespricht die Geschichte der Discission und empfiehlt, statt der Nadel bei dieser Operation ein ganz schmales *Gräfe*'sches Messer zu nehmen, das nicht durch die Hornhaut, sondern an der Corneo-Skleralgrenze eingestochen werden soll [Coccius hat Jahrzehnte lang nur diese Stelle zur Einführung des Instrumentes gewählt. Ref.]. Bei aphakischen Augen mit Iris-Colobom setzt E. das Messer senkrecht beim Einstiche auf und durchschneidet die Kapsel nach der Richtung des Coloboms. Die Discission älterer Staare zur Reifung hält E. für gefährlich in vielen und für überflüssig in allen Fällen, da auch nicht vollständig gleichmässig getrübte Linsen von über 50 Jahre alten Leuten leicht und ohne Hinterlassung von Resten entbunden werden können.

Lamhofer (Leipzig).

180. **The age-limit for cataract extraction**; by Dr. Charles Bell Taylor. (Lancet Nov. 7. 1896.)

Giebt es eine Altersgrenze, ausserhalb der eine Staaroperation nicht mehr erlaubt ist? T. beantwortet diese Frage mit Nein. Er hat Leute mit 80, 90 und 96 Jahren am Staare mit Erfolg operirt. Er macht die Extraktion stets ohne Iridektomie.

Lamhofer (Leipzig).

181. **Ueber die Resorption der Linse und der Linsenkapsel bei Luxation in den Glaskörper**; von Dr. Augstein in Bromberg u. Dr. Ginsberg in Berlin. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XX. p. 356. Dec. 1896.)

Ein 65jähr. Mann erlitt durch einen Stoss eine vollständige Luxation der Linse, die bei der Untersuchung mit dem Augenspiegel unten im Glaskörper liegend gefunden wurde. Der Kr. hatte keine Beschwerden und arbeitete in seinem Postbureau trotz der Abmahnung ruhig weiter, blieb aber unter dauernder Beobachtung. Die Sehschärfe des verletzten Auges war mit $+ \frac{1}{14} = 1$. 11 Jahre nach der Verletzung des Auges starb der Kr. und bei der Untersuchung des Auges zeigte sich, dass die Linse sammt der Kapsel aufgesaugt war.

Lamhofer (Leipzig).

182. **Ueber einige Hülfsmittel für den oculistischen Unterricht**; von Prof. F. Dimmer in Innsbruck. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 1. p. 1. Dec. 1896.)

D. beschreibt genau unter Beigabe von Abbildungen, wie er für den klinischen Unterricht zur Demonstration von mikroskopischen Präparaten und Abbildungen des Augenhintergrundes aus bekannten Atlanten ein Skioptikon eingerichtet hat, ferner Apparate zur Demonstration des Strahlenganges durch Linsen und im Auge, und praktische Vorrichtungen zur Demonstration von Gesichtsfeldern.

Lamhofer (Leipzig).

183. **De l'emploi des verres colorée ou fumés**; par le Dr. Romiée (de Liége). (Clin. ophthalm. II. 11. p. 147. Nov. 1896.)

Vor 40 Jahren wurden grüne Schutzgläser für die Augen empfohlen. Nach der Veröffentlichung von Böhmen 1863 mussten die grünen Gläser den blauen weichen und seit einiger Zeit werden allgemein die rauchgrauen Muschelgläser empfohlen, die gegen blendendes Sonnenlicht, das direkte, wie das reflektirte, ein nützliches Schutzmittel sind. Die Augenkrankheiten, bei denen es unbedingt nöthig ist, solche Gläser zu verordnen, sind sehr wenige. Nach R. kämen hier fast nur die Krankheiten der Netzhaut in Betracht, während sie jetzt bei allen akuten und chronischen Augen- und Augenlid-Krankheiten verschrieben werden. [Wenn Ref. auch nicht mit Allem einverstanden ist, was R. anführt, und besonders nicht glauben möchte, dass die Aerzte die Schutzbrillen nur als Reklamemittel für sich selbst verordnen, so hält er es doch für gut, dass einmal darauf hingewiesen wird, wie viele besonders junge Kranke unnützerweise ganz dunkle Gläser tragen und sogar damit lesen, und wie manche Aerzte aus Unkenntniss mit der fast stereotypen Diagnose „Bindehautkatarrh“ die Verordnung von Bleiwasser oder Höllensteinlösung und einer dunklen Schutzbrille zu verbinden pflegen. Ref.]

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

184. **La défense de l'Europe contre la peste**; par A. Proust. (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXXVII. 4. p. 71. 1897.)

Pr. weist auf die Unfähigkeit der orientalischen Pestländer und Indiens hin, aus eigener Kraft diejenigen Vorkehrungen zu treffen, die Europa gegen eine Invasion der Pest von Bombay oder von den Ländern um das rothe Meer aus schützen können. Wenn auch in dem hygieinisch verbesserten Europa die eingeschleppte Pest heute nicht mehr die schreckliche Form des schwarzen Todes wie im 14. Jahrhundert annehmen würde, so sind doch Abwehrmaassregeln berechtigt.

Pr. fordert eine internation. Sanitäts-Convention der europäischen Grossmächte zur zwangsweisen Durchführung der Absperrungsmaassregeln, zu denen unter Anderem das Verbot der Mekkapilgerung gehören muss. Vorläufig aber haben die Grossmächte besonders den Import aus Bombay zu überwachen.

Die 1896 von Frankreich getroffenen maritimen Absperrmaassregeln erklärt Pr. für sicher und nachahmenswerth.

Radestock (Dresden).

185. **Sur la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde**; par Vaillard et Lémoine. (Ann. de l'Inst. Pasteur X. 9. p. 481. 1896.)

V. und L. veranstalteten im Auftrage des französischen Kriegsministerium Desinfektionversuche mit Formaldehyddämpfen, und zwar benutzten sie die von Trillat angegebenen Apparate. Ein Zimmer von 39 cbm und ein Krankenhaussaal von 660 cbm dienten zu diesen Versuchen. Die Resultate zeigen, dass die Formaldehyddämpfe die Gewebe nicht zu durchdringen scheinen: in Couverts eingeschlossene Desinfektionobjekte zeigten nach 24stündiger Einwirkung des Gases noch Wachsthum. An den nicht eingeschlossenen, völlig frei den Formaldehyddämpfen ausgesetzten Testobjekten wurden die *nicht* sporenbildenden Arten von den mittels des Autoklaven erzeugten Dämpfen abgetödtet, hingegen blieben die Sporen von Milzbrand, Tetanus oder Subtilis entwickelungsfähig. Obwohl diese Ergebnisse nicht gerade eine hervorragende Leistungsfähigkeit der Formaldehyddämpfe bekunden, so glauben V. und L. doch, die Verwendung für die Praxis empfehlen zu müssen.

Ficker (Leipzig).

186. **Die Hygiene des Trinkwassers**; von A. Gärtner. Berlin 1897. S. Karger. 32 S. mit 11 Abbildungen. (75 Pf.)

Die kleine Schrift ist die Wiedergabe eines von G. bei der Berliner Gewerbeausstellung gehaltenen Vortrages und behandelt in klarer allgemeinverständlicher Darstellung die hygieinischen Anforderungen an ein gutes Trinkwasser und die Art, wie man ihnen durch zweckmässige Anlage von Brunnen, Quellfassungen, Cisternen und Filterwerken gerecht wird. Woltemas (Diepholz).

187. **Contribution à l'analyse des eaux potables**; par G. Pouchet et E. Bonjean. (Ann. d'Hyg. publ. etc. 3. S. XXXVII. 2. p. 150. 1897.)

Die bakteriologische Untersuchung von Trinkwasser führen P. und B. folgendermaassen aus: 30 ccm des Wassers kommen in Kölbchen, die 10 ccm Peptonbouillon enthalten, und werden 8 Tage lang im Brütschrank bei 36° gehalten. Am 8. Tage wird von dem Inhalte Meerschweinchen etwas in den Bauch gespritzt (0.3—0.5% ihres Körpergewichtes) und die Thiere werden mindestens 8 Tage lang genau beobachtet. War das Wasser gut, so befinden sich die Thiere wohl und ihre Temperatur schwankt nur um wenige Zehntel nach unten und oben; erkranken die Thiere dagegen, so ist das Wasser verdächtig. Die Organe und das Herzblut der gestorbenen Thiere werden gleich nach dem Tode bakteriologisch untersucht, besonders das Herzblut liefert oft Reinculturen pathogener Bakterien.

Zum Nachweis des *Typhusbacillus* reicht die Methode nicht aus, es werden zu diesem Zwecke Kolben mit 30 ccm Wasser auf 10 ccm Bouillon, andere Kolben mit 150 ccm Wasser auf 100 ccm Bouillon gefüllt, so viel ¹/₂proc. Carbollösung zugesetzt. Die Culturen enthalten dann 1 : 1000 Carbol und werden 48 Stunden im Brütschrank bei 42° gelassen. Mit dem Inhalte werden dann Kolben, die 15 ccm 2proc. Peptonlösung enthalten, beschickt und Platten mit Elsner'schem Nährboden gegossen [saure Kartoffel-Gelatine mit 1% Jodkalium. Jahrbb. CCLI. p. 69. Ref.] Die Peptonkolben bleiben 8 Tage lang im Brütschranke bei 36°, dann wird a) auf *Indol* untersucht, b) ein Meerschweinchen intraperitonäal injicirt (0.3 : 100 des Körpergewichtes). Stirbt das Thier, so wird wieder bakteriologisch untersucht. Bei Anwesenheit des Bacillus coli ist der Nachweis des Typhusbacillus schwierig, zur Differenzirung beider dienen die Elsner'schen Platten. Ihre Untersuchung geschieht am besten nach 8 Tagen; Colonien, die mikroskopisch verdächtig sind, kommen in Peptonlösung, werden 8 Tage im Brütschrank gehalten und dann werden die weiteren Proben angestellt.

Die direkte Beschickung der Elsner'schen Platten mit Wasser ergab keine so guten Resultate, da sich zu viele andere Arten entwickeln, die durch die Vorculturen beseitigt werden. Woltemas (Diepholz).

188. **Ein neues Verfahren zur Herstellung keimfreien Trinkwassers**; von Dr. Schumburg. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. 1897.)

Das von Sch. empfohlene Verfahren besteht darin, dem inficirten Wasser pro Liter mindestens 0.2 ccm 20proc. *Bromlösung* (Wasser 100, Bromkalium 20.0, Brom 20.0) zuzusetzen und nach 5 Minuten den Bromzusatz durch die gleiche Menge 9proc. Ammoniaklösung zu eliminiren. Mit 1 kg Brom im Preise von ca. 5 Mk. soll man dergestalt 16000 Liter Wasser sterilisiren können. Der Geschmack des gereinigten Wassers soll sich kaum von dem des ursprünglichen unterscheiden. Durch 200 Versuche mit Spreewasser, dem Fäces, Cholera- und Typhuskeime u. s. w. zugesetzt wurden, erwies Sch. die Leistungsfähigkeit dieses Wasserreinigungsmittels, das bei der Unzulänglichkeit der Kleinfilter für die Truppen- und Tropenhygieine grosse Beachtung verdient.

Radestock (Dresden).

189. **Die erste deutsche Anlage zur Fäkalverbrennung**; von Th. Weyl. (Hyg. Rundschau 4. 1897.)

Das früher von Seipp und W. erdachte Feuercloset (Jahrbb. CCXLIII. p. 79) war noch zu verwickelt construirt, ergab nur bei sorgsamster Wartung gute Resultate und eignete sich daher nicht zu grösserer Verbreitung. Auf W.'s Veranlassung wurde in der *Arnheim*'schen Fabrik in Berlin ein anderer einfacherer Apparat gebaut, der bereits ein volles Jahr in der Kaserne des 2. Garde-Feld-Artillerie-Regiments zu Nedlitz bei Potsdam zufriedenstellend funktionirt hat. Er arbeitet nicht beständig, sondern ist so eingerichtet, dass die Verbrennung der Fäkalien und des Urins von im Mittel täglich 400 Menschen nur jeden 4. Tag geschieht, die Verbrennungsdauer beträgt dann etwa 10 Stunden, an Coaks und Steinkohlen zusammen werden pro Kopf und Tag ungefähr 300 g verbraucht.

Der Ofen steht im Keller und besteht aus dem Rost, auf den die Fäkalien fallen, und der darunter befindlichen Urinpfanne. An den beiden Schmalseiten der Pfanne sind 2 Feuer angebracht und durch Steinmauern von ihr getrennt. Zunächst wird das eine Feuer entzündet, das

in direkter Verbindung mit dem 16 m hohen Schornsteine steht. Wenn es in heller Gluth steht, wird das zweite Feuer entzündet und dieses dampft die Flüssigkeit in der Pfanne ein und verbrennt die auf dem Rost liegenden festen Bestandtheile. Die anfangs leicht entstehenden übelriechenden Produkte der noch unvollkommenen Verbrennung werden durch das zuerst entzündete Feuer vollkommen verbrannt und der Apparat arbeitet ganz geruchlos. Der aus dem Pissoir kommende Urin wird in einem eisernen Kasten von 1 ebm Inhalt gesammelt, der durch eine Leitung mit der Pfanne in Verbindung steht, der Abfluss wird durch einen Hahn geregelt, so dass die Pfanne nicht überlaufen kann. Durch den Schornstein wird die ganze Anlage ventilirt. Die Verbrennungsrückstände betragen pro Kopf und Tag ungefähr 3 g. Woltemas (Diepholz).

190. Ueber das Wärmeleitungsvermögen der zur Militärkleidung dienenden Stoffe; von Dr. H. Grimm und Dr. C. v. Bültzingslöwen. (Arch. f. Hyg. XXVII. 2. p. 105. 1896.)

Die Untersuchung geschah nach der von Rubner angegebenen Methode. Zunächst wurde festgestellt, welche *Grundstoffe* in den Kleidungstücken vorlagen, wobei sich die Militärtuchstoffe als aus ziemlich reiner Wolle bestehend ergaben. Der *Dickenunterschied* in neuem und getragenem Zustande war nur gering, für das *specifische Gewicht* waren in beiden Zuständen die Unterschiede erheblicher, weil durch das Tragen ein Faserverlust an der Oberfläche, Verlust von Farbstoffen und Auflockerung des Gewebes bedingt wird. Es wurde dann festgestellt, wie viel Poren sich bei der *Benetzung* schliessen; im Allgemeinen bleiben um so mehr Poren nach der Benetzung offen, je kleiner das specifische Gewicht ist, ausser diesen sind aber auch noch die Grösse und Gestalt der Poren und die Benetzungsfähigkeit des Gewebes maassgebend.

Das *Wärmeleitungsvermögen* wurde mit dem *Stefan*'schen Calorimeter geprüft und daraus der *Wärmedurchgang* bei der üblichen Dicke abgeleitet, d. h. wie viel Wärme durch einen Quadratcentimeter in der Sekunde bei 1° Temperaturdifferenz der Begrenzungsflächen hindurchgeht; die geringste Durchgängigkeit hatte der braune Mantel, der 0.000402 Calorien hindurchlässt, die grösste das leinene Hemd mit 0.00365 Calorien. Die untersuchten Kleidungstücke waren frei von Verunreinigungen, im praktischen Leben, wenn sie Staub, Fett u. s. w. enthalten, werden sie die Wärme besser leiten. Für mittlere Verhätnisse wird beim Uebergang vom Tuchanzug zum Drillichanzug der Gesammtwärmeverlust durch Leitung um rund 50% steigen. Woltemas (Diepholz).

191. Ueber eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung der Rohfaser; von Dr. Lebbin. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 3. p. 212. 1897.)

Zur Bestimmung der Rohfaser (Cellulose) im Mehl existiren gegen 40 verschiedene Vorschläge; sie geschieht in indirekter Weise, indem die Stärke in lösliche Verbindungen übergeführt und entfernt wird, die meisten Methoden schaffen auch noch die Eiweisskörper und das Fett fort, der Rückstand ist dann nach Abzug der Asche gleich Rohfaser. Leider werden vielfach auch Theile der Rohfaser gelöst, so dass ihr Gehalt zu niedrig gefunden wird. L. fand eine bessere Methode unter Benutzung von Wasserstoffsuperoxyd. Sein Verfahren ist folgendes:

3—5 g Mehl oder Kleie werden, wenn nöthig, soweit zerkleinert, dass das Ganze durch ein Sieb von 0.2 mm Maschenweite geht. Alsdann wird die Substaez in einem geräumigen Becherglase mit 100 ccm Wasser fein verrührt, so dass keine Klümpchen vorhanden sind. Das Gemisch wird erhitzt und 1/2 Stunde gekocht, damit die Stärke vollständig quillt und auch die wasserlöslichen Bestandtheile sich auflösen, dann werden 50 ccm von 20proc. Wasserstoffsuperoxyd zugesetzt und noch 20 Min. gekocht. Während des Kochens sind 15 ccm 5proc. Ammoniak in kleinen Portionen von etwa 1 ccm zuzugeben. Nach vollendetem Zusatz ist das Kochen noch 20 Minuten fortzusetzen, dann ist heiss durch ein gewogenes Filter zu filtriren, mit siedendem Wasser auszuwaschen, zu trocknen und zu reinigen. Von dem Rückstand ist der Aschegehalt in Abzug zu bringen, bei sehr stickstoffreichen Körpern auch der mit 6.25 multiplicirte Gehalt an Stickstoff abzurechnen, der Rest ist dann die Rohfaser. Woltemas (Diepholz).

192. Ueber die Ernährung mit Caseinpräparaten; von Dr. Kurt Brandenburg. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 1. p. 71. 1896.)

Ein von den Höchster Farbwerken nach Röhmann's Angaben (Berl. klin. Wchnschr. Nr. 24. 1895) dargestelltes und als Caseinnatrium oder Nutrose bezeichnetes Nährpräparat wurde in seinem Verhalten zur Magensaftsekretion an Kr. der Giessener med. Klinik untersucht, zugleich wurde seine Resorbirbarkeit bei der direkten Einführung in den Darm als Ernährungsklysma geprüft. Es kommt dem Caseinnatrium die säurebindende Eigenschaft der Eiweisse in vermehrtem Grade zu, andererseits theilt es als saures Salz mit den Albumosen und Peptonen die Eigenschaften einer Säure. Eine in den Magen eingeführte Lösung verhielt sich wie eine Eiereiweisslösung. Zu keiner Zeit ihres Verweilens wurde im Magen die Salzsäureproduktion zu einem freien Ueberschuss gesteigert, selbst bei Semmelzugabe kam es trotz der anregenden Wirkung der Amylaceen nicht zur Bildung freier HCl. Jedoch erlaubte dieser Befund keinerlei Schlüsse für pathologische Zustände, da die säuretilgende Eigenschaft in einem Falle von Hyperacidität auf nervöser Basis und in einem Falle von continuirlicher Magensaftsekretion versagte. Für die praktische Verwendung des Präparates ist es von Werth, dass sich mit ihm der Eiweissgehalt der Milch u. s. w. beträchtlich erhöhen liess, ohne den Wohlgeschmack zu stören, und dass es auch von empfindlichen Mägen gut vertragen wurde. Bei der künstlichen Verdauung konnte man den Process der Säurebindung und die gleichzeitige Entstehung von sauer reagirenden Caseosen beobachten. Die Ausnutzung des Caseins war eine

gute. Es gelang, den Körper in annäherndem N-Gleichgewicht zu erhalten, auch nachdem nach Verdrängung der Hauptelweissträger das Eiweissbedürfniss nur durch Casein gedeckt war. Die Stickstoffausscheidung nach Ernährungsklysmen mit Casein war nicht gesteigert. Das reine Casein erschien zur Verwendung von Nährklystiren wenig geeignet. Forstmann (Dresden).

193. **Ueber Stoffwechseluntersuchungen mit dem Fleischpepton der Compagnie Liebig und über seine praktische Verwendung**; von Dr. W. Zinn. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46. 1896.)

Die Untersuchungen von Z. sollten die Frage entscheiden, ob das *Kemmerich*'sche Fleischpepton, neben einer geringen Menge Eiweiss gegeben, den Körper vor Stickstoffverlust schützen kann. Sie wurden an 2 Kr. derart angestellt, dass zwischen zwei Fleischperioden eine Peptonperiode (mit sehr wenig Fleisch) eingeschoben und die Stickstoffbilanzen der 3 Perioden untersucht wurden.

Es ergab sich, dass das *Kemmerich*'sche Pepton das Fleisch ersetzen kann. Bei Chlorotischen, Reconvalescenten und Phthisikern wurde schon durch geringe Mengen von Fleischpepton der darniederliegende Appetit gehoben und wurden Magenbeschwerden oft beseitigt. Das *Kemmerich*'sche Fleischpepton zeichnet sich durch Form, Geschmack und Haltbarkeit vor vielen anderen Präparaten aus. V. Lehmann (Berlin).

194. **Ueber Fleischersatzmittel**; von Dr. Karl Bornstein. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 8. 1897.)

Dass sich praktisch durch die verschiedenen Peptone das Fleisch nicht ganz ersetzen lässt, wegen der durch grössere Mengen von Peptonen bewirkten Reizung des Magendarmkanals, ist in letzter Zeit mehrfach anerkannt worden.

Ein besserer Ersatz ist die Nutrose (Natriumverbindung des Caseins). Dieses Präparat hat B. hinsichtlich seiner Ausnutzung mit Fleisch, mit *Liebig-Kemmerich*'schem Fleischpepton, sowie mit Somatose verglichen.

Es ergab sich, dass die Nutrose besser als Fleisch, viel besser als Fleischpepton und ganz bedeutend besser als Somatose ausgenutzt wird. V. Lehmann (Berlin).

195. **Ueber ein eigenthümliches Nahrungsmittel, nebst einigen Beobachtungen über darin angetroffene Fäulnissbasen**; von Carl Th. Mörner. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 514. 1897.)

In einigen Gegenden Schwedens werden Fische einer eigenthümlichen Gährung unterworfen. M. hat besonders den „Gährströmling" untersucht. Er fand als Bestandtheile: Schwefelwasserstoff, Merkaptan, Kohlensäure, Bernsteinsäure, flüchtige und feste Fettsäuren, Ammon, Methylamin, Dimethylamin, Trimethylamin, Cholin, Leucin, Aethylalkohol, Aceton.

Nicht vorhanden sind also die gewöhnlichen Produkte der Fäulniss: Indol, Skatol, Phenol, Cadaverin, Putrescin. V. Lehmann (Berlin).

196. **Ueber Selbsthülfe bei der Geburt**; von H. Mittenzweig. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XIII. 1. p. 86. 1897.)

M. theilt einige interessante Fälle mit und erörtert im Anschluss daran die Bedingungen für die Selbsthülfe, ihre Merkmale am kindlichen Körper und ihre Folgen für das Leben. Woltemas (Diepholz).

197. **Ueber den Nachweis der Zeitdauer des Lebens der Neugeborenen**; von Prof. Ungar. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. XIII. 1. p. 56. 1897.)

In der gerichtlichen Medicin galt früher der Satz, dass schon wenige kräftige Athemzüge genügen, um alle Theile der Lunge lufthaltig zu machen, so dass man aus dem grösseren oder geringeren Luftgehalt der Lunge keinen Schluss auf die Dauer des Lebens ziehen kann. Dohrn und Eckerlein fanden, dass am ersten Lebenstage der Luftwechsel bei ruhigem Athmen noch schwach ist, und Ersterer sprach sich dahin aus, dass durch wenige Athemzüge eine vollständige Entfaltung der Lungenalveolen nicht bewirkt werden könne. U. kam bei seinen Versuchen ebenfalls zu dem Ergebniss, dass der Luftwechsel am ersten Tage gering ist, am zweiten Tage ist er erheblich grösser, sinkt wieder am dritten Tage und steigt dann allmählich an. Dagegen ist er nicht der Ansicht, dass die anfangs geringere Athmungsgrösse darauf zurückzuführen sei, dass weniger Alveolen zur Entfaltung gelangen, sondern bleibt bei der durch Sektionen und Thierexperimente bestätigten alten Ansicht, dass sich schon sofort nach der Geburt vollständig lufthaltige Lungen finden können.

Bei langsamem Absterben des Kindes können die Lungen theilweise oder selbst vollständig luftleer werden durch Absorption der Luft seitens des um die Alveolen cirkulirenden Blutes, man kann daher auf Grund des Befundes luftleerer Lungen ein selbst längeres Leben nach der Geburt nicht ausschliessen, sondern es nur für nicht wahrscheinlich erklären. Der Lungenbefund giebt also für die Beantwortung der Frage, wie lange ein Kind nach der Geburt gelebt hat, nur wenig Aufschluss.

Die Beschaffenheit der fötalen Wege, die Veränderungen einer Kopfgeschwulst, ein Harnsäure-Infarkt und das Verhalten der Nabelschnur kommen nur da in Betracht, wo es sich um ein Leben von einigen Tagen handelt. Grosse Bedeutung hat dagegen das Verhalten des Magendarmkanals. Sind Magen und ein grösserer Theil des Dünndarms so mit Luft aufgebläht, dass sie auf dem Wasser schwimmen, so ist als sicher anzunehmen, dass

der Tod nicht gleich nach der Geburt erfolgt ist. Voraussetzung dabei ist, dass aus einer genügenden Aufblähung der Lunge hervorgeht, dass die Luftaufnahme in ihr nicht behindert war, da in diesem Falle die Luft schneller in den Magen gelangt, als bei unbehinderter Respiration.

Das Vorhandensein von Meconium erlaubt keinen Schluss auf die Lebensdauer, es kann sich noch am vierten Tage vorfinden. Gelegentlich ist der Nachweis von Nahrungsstoffen im Magendarmkanal zu verwerthen, vielleicht auch der Nachweis von milchartiger Flüssigkeit in den Brustdrüsen, falls die Annahme richtig ist, dass solche vor dem dritten Lebenstage nicht angetroffen wird.

Woltemas (Diepholz).

198. **Die Erkrankung der Caissonarbeiter (Caissonkrankheit)**; von W. Friedrich und F. Tauszk. (Wien. klin. Rundschau X. 14—17. 19. 1896.)

Bei Arbeitern, die bei Brückenbauten unter Wasser in Caissons beschäftigt waren, beobachteten Fr. und T. eine Reihe von Störungen. In den Caissons herrscht ein Luftdruck von 2.5 Atmosphären, die Arbeitzeit in ihnen betrug 4 Stunden, zuweilen aber auch 6—8 Stunden ohne Unterbrechung. Bei Menschen, die zum ersten Male in einen Caisson kommen, stellten sich Ektasie der Lunge, kurze Zeit andauernde Herzerweiterung, Blutdrucksteigerung, Abnahme der Zahl der Athemzüge und der Pulsschläge, Parästhesien und Blutandrang gegen die Eingeweide ein. Beim Aufenthalt im Caisson bessern sich die Erscheinungen, beim Verlassen entstehen wieder Parästhesien, Herzdilatation und Blutandrang vom Centrum gegen die Peripherie. Fr. und T. fassen diese Erscheinungen als *akuten Caissonismus* zusammen und stellen ihnen als *chronischen Caissonismus* die Veränderungen entgegen, die sich stets an Leuten ausbilden, die längere Zeit Caissonarbeiten verrichtet haben: Blässe des Gesichtes mit erweiterten Hautgefässen an Nase und Wangen, Ektasie der Lunge, Hypertrophie des Herzens, auffallende Herabsetzung der Zahl der Pulsschläge, zuweilen noch Wochen lang nach Beendigung der Arbeiten auf 40—44, Vermehrung der Zahl der weissen Blutkörperchen. Zuweilen kommt es zu *akuten Exacerbationen*, die nach dem Verlassen des Caissons auftreten, einige Tage anhalten, hauptsächlich in nervösen Störungen bestehen und eine günstige Prognose haben. Als *Ursache* aller dieser Erscheinungen ist theils der erhöhte Druck anzusehen, theils die schlechte Beschaffenheit der Luft in dem Caisson, der mangelhaft ventilirt ist und in dem die Arbeiter ihre Fäkalien absetzen, ferner die in ihm herrschende Feuchtigkeit und Dunkelheit und der schädliche Einfluss der erhöhten Arbeit für das Herz. Woltemas (Diepholz).

199. **Beitrag zur Casuistik der Taucherkrankheiten**; von A. Altschul. (Wien. med. Wchnschr. VI. 47—48. 1895.)

Die von A. beobachteten Erscheinungen traten bei Tauchern unmittelbar oder kurze Zeit nach Beendigung des Tauchens und nach Entfernung des Taucherhelmes auf, sie bestanden in Schwindel, Hörstörungen, Parästhesien und Paresen in den Gliedern, Blasenlähmung u. s. w., einmal erfolgte auch der Tod an rasch eingetretener allgemeiner Lähmung unter den Erscheinungen eines Lungenödems. Ursache ist das Freiwerden von Luftblasen bei zu schnellem Uebergang von dem höheren zum normalen Luftdruck, das Aufsteigen muss daher langsam geschehen, in der Weise, dass in 1 Minute nur $1^1/_2$—2 m zurückgelegt werden. Die Unfälle kamen nur bei Tauchern in Tiefen von über 25 m vor. Woltemas (Diepholz).

200. **Les substances explosives au point de vue médico-légal**; par Bronardel. (Ann. d'Hyg. publ. XXXVII. 1. p. 5. 1897.)

Das *Knallquecksilber* hat zu einer grossen Reihe von Unglücksfällen in Patronenfabriken und in Feuerwerkslaboratorien Anlass gegeben, ist aber auch mehrfach zu Attentaten benutzt worden, zuerst von Orsini. Von anderen Explosivstoffen kommen in Betracht das Gemisch von *chlorsaurem Kali* und *Antimonsulfur* (amorces Raphaël), das *pikrinsaure Kali* und das *Dynamit*. Das gewöhnliche Dynamit ist eine Mischung von Nitroglycerin mit Kieselguhr, durch den Nachweis von Diatomen lässt sich erkennen, ob es bei einer Explosion verwendet wurde. Die Mischung von Nitroglycerin mit Collodium liefert die noch stärker explodirende Sprenggelatine. Br. bespricht dann ausführlich die bekannten anarchistischen Attentate Ravachol's, Vaillant's und Henry's, sowie verschiedene durch Unglücksfälle veranlasste Dynamitexplosionen und die dabei entstehenden Verletzungen mannigfacher Art. Den Opfern werden oft die Kleider vom Leibe gerissen: bei der Explosion entsteht plötzlich ein luftverdünnter Raum um sie, die unter der Kleidung befindliche Luft dehnt sich entsprechend aus, die Kleider bauschen sich auf und werden von den Luftwirbeln fortgerissen.

Die gerichtsärztliche Erfahrung über derartige Explosionen ist noch gering, sie werden aber mit dem Fortschreiten der Industrie eine immer grössere Rolle spielen. Br. räth dem Gerichtsarzt, stets einen Ingenieur, Chemiker oder Artillerieofficier als sachverständigen Techniker zuzuziehen.

Woltemas (Diepholz).

B. Originalabhandlungen

und

Uebersichten.

III. Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie.[1])

Zusammengestellt von Dr. Paul Wagner,
Docent an der Universität Leipzig.

Fast 3 Jahre sind seit der letzten, in diesen Jahrbüchern erschienenen *Zusammenstellung der Arbeiten über Nierenchirurgie* verflossen. Auch während dieser Zeit ist rüstig fortgearbeitet worden, und zwar, wie ganz besonders hervorgehoben werden muss, von den meisten Chirurgen in mehr und mehr conservativem Sinne.

I. Lehrbücher, grössere Monographien und Berichte.

1) Albarran, Sur une série de quarante opérations pratiquées sur le rein. Revue de Chir. XVI. 11. 1896.
2) Glantenay, L., Chirurgie de l'uretère. Paris 1895. J.-B. Baillière & fils. 8°. 293 pp.
3) Hildebrand, O., Beitrag zur Nierenchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XL. 1 u. 2. p. 90. 1895.
4) Israel, J., Ueber einige neue Erfahrungen auf d. Gebiete d. Nierenchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 22. 1896.
5) Küster, Die chirurgischen Krankheiten d. Niere. I. Hälfte. Stuttgart 1896. F. Enke. 8°. 274 S.
6) Lotheissen, G., Ein Beitrag zur Chirurgie d. Nieren. Arch. f. klin. Chir. LII. 4. 1896.
7) Mazzoni, Nierenchirurgie. Policlinico 17. 1894.
8) Nash, G., Six cases of nephrectomy. Lancet Dec. 8. 1894.
9) Obaliński, A., Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 6. 7. 1897.
10) Perthes, G., Ueber Nierenexstirpationen. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLII. 3. p. 201. 1895.
11) Schmid, H., Behandlung d. Erkrankungen d. Nieren u. d. Harnleiters (ausschliesslich d. diffusen Nierenerkrankungen). Handbuch d. speciellen Therapie innerer Krankheiten von *Penzoldt* u. *Stintzing* VI. p. 265. 1895.
12) Thornton, K. J., Cases illustrating the surgery of the kidney. Lancet 3726. 3728. 3732. 3736. 3745. 3765. 3772. 3776. 1895—1896.

Die von Küster übernommene Bearbeitung der *chirurgischen Erkrankungen der Niere* in der jetzt von v. Bergmann und Bruns herausgegebenen *„Deutschen Chirurgie"* ist wenigstens in ihrer 1. Hälfte (5) erschienen und erfüllt vollkommen die auf sie gesetzten Erwartungen. Wenn *Ref.* es als ganz besonders werthvoll ansieht, dass Küster diese neue deutsche Nierenchirurgie bearbeitet, so ist dies nicht nur darin begründet, dass wir von diesem Verfasser schon eine Reihe werthvoller Beiträge auf diesem Gebiete besitzen, sondern vor allen Dingen darin, dass Küster *einer der Hauptvertreter der conservativen Richtung in der Nierenchirurgie* ist. Weiterhin muss auch noch besonders hervorgehoben werden, dass Küster als *Normalverfahren für die Nephrektomie die extraperitonäale Exstirpation* ansieht.

Das Buch beginnt mit einem Ueberblicke über die *Geschichte der Nierenchirurgie* bis gegen Ende des 7. Decenniums unseres Jahrhunderts. Die *Grenzen der Nierenchirurgie* lassen sich nicht fest ziehen; wenn das Gebiet der Nierenerkrankungen früher fast ausschliesslich der inneren Medicin zugerechnet wurde, so ist es jetzt zum grösseren Theile der Chirurgie zugefallen. In das Gebiet der inneren Medicin gehören unweigerlich die akuten und chronischen Entzündungen und Degenerationen des Nierengewebes, soweit sie die Neigung haben, von vornherein auf beiden Seiten gleichzeitig aufzutreten. Die Nephrolithiasis, die in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle eine primäre Erkrankung des Nierenbeckens darstellt, steht auf der Grenze. Man pflegt die Behandlung der kleinen Conkremente der inneren Medicin, die der grösseren dagegen der Chirurgie zuzuweisen.

Das 2. Capitel enthält eine eingehende Darstellung der *Anatomie und Physiologie der Nieren.* Namentlich die für die chirurgischen Eingriffe so wichtige Topographie der Lendengegend wird genau beschrieben und durch zahlreiche gute Abbildungen und mehrere Farbendrucktafeln illustrirt.

Untersuchungsmethoden; Allgemeine Symptomatologie und Diagnostik lautet die Ueberschrift des 3. Capitels. Die Inspektion, Palpation und Perkussion der Nierengegend, die Punktion der Niere und die chemische Untersuchung des Urins sind diejenigen Untersuchungsmethoden, durch die sich das Vorhandensein einer Nierenerkrankung zuweilen bis in die letzten Einzelheiten erkennen lässt. Dagegen bietet die *Diagnose einseitiger Erkrankungen und der erkrankten Seite* zuweilen ausserordentliche Schwierigkeiten dar. Lässt hier die physikalische Untersuchung im Stich, ist vor allen Dingen von den Nieren Nichts zu fühlen, so sind wir fast ausschliesslich auf ein indirektes Verfahren angewiesen. Die Hülfsmittel hierzu sind die Schmerzhaftigkeit der Niere, die Compression der Harnleitermündungen und des Harnleiters, die Aussaugung des Harnes

[1]) Vgl. Jahrbb. CCXI. p. 180; CCXIII. p. 272; CCXV. p. 54; CCXIX. p. 201; CCXXIV. p. 193. 263; CCXXXVI. p. 190. 249; CCXLIV. p. 185. 265.

aus dem Harnleiter, der Katheterismus der Harnleiter, die Cystoskopie, sowie endlich operative Eingriffe zur Besichtigung und Betastung einer oder beider Nieren. Jedenfalls besitzen wir noch keine Methode, die uns in allen Fällen und allen Möglichkeiten gegenüber einen unumstösslich sicheren Einblick in das Verhalten *beider* Nieren zu thun gestattet.

Das 4. Capitel enthält die *Entwickelungsgeschichte der Nieren* von Prof. Strahl in Giessen bearbeitet, und die *Missbildungen der Nieren und Harnleiter*, deren Wichtigkeit namentlich im Hinblicke auf etwaige chirurgische Eingriffe eine besondere Würdigung erfährt. Zahlreiche ausgezeichnete Holzschnitte erläutern die verschiedenartigen Missbildungen und angeborenen Verlagerungen der Niere. Während sich diese letzteren, mit sehr seltenen Ausnahmen, durch ihre feste Stellung auszeichnen, ist von ihnen die *Wanderniere* als eine immer erworbene Krankheit durch die Fähigkeit der Lageveränderung zu unterscheiden, wenigstens so lange nicht abnorme Verwachsungen eingetreten sind. Küster schliesst sich also nicht der von verschiedenen Engländern und Franzosen ausgesprochenen Ansicht an, die die bewegliche Niere als einen erworbenen Zustand von der durch ihr Mesonephron als angeboren gekennzeichneten Wanderniere unterscheiden. Vielmehr betrachtet er die bewegliche Niere als einen niederen, die Wanderniere im engeren Sinne als einen höheren Grad derselben krankhaften Veränderung, die erst nach der Geburt unter gewissen Bedingungen zu Stande kommt. Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Wanderniere werden im 5. Capitel ausführlich behandelt. Bei der Therapie wird natürlich die Nephrektomie einer gesunden Wanderniere verworfen und als operatives Verfahren nur die Nephropexie zugelassen, eine Operation, die mit dem Wachsen der technischen Sicherheit jedenfalls von Jahr zu Jahr häufiger ausgeführt werden wird. In leichteren Fällen von Wanderniere ist zunächst die mechanische Behandlung zu versuchen.

Das 6. Capitel handelt von den *Verletzungen der Nieren*. In der Aetiologie der subcutanen Nierenverletzungen führt Küster seine von ihm bei dem vorjährigen Chirurgencongresse vorgetragene Theorie von der Sprengwirkung durch hydraulische Pressung weiter aus. Die conservativen Bestrebungen und ihre Erfolge bei den verschiedenen Formen der Nierenverletzungen finden selbstverständlich in Küster einen warmen Vertheidiger.

Das letzte Capitel enthält eine Darstellung der *Entzündung der Nierenfettkapsel*, der *Lendenphlegmone* und der *Paranephritis*. Als *Paranephritis* bezeichnet Küster die Entzündung der Nierenfettkapsel und versteht darunter ausschliesslich jene akuten, subakuten oder chronischen Entzündungen, die mit den phlegmonösen Entzündungen anderer Körpergegenden in Vergleich gestellt werden können. Der Name *Perinephritis* bleibt für diejenigen Fälle aufbewahrt, in denen die Entzündung auf den serösen Ueberzug an der Vorderseite der Kapsel übergreift. Die *Paranephritis* ist stets bakteriellen Ursprungs und tritt entweder als örtliche primäre oder als fortgeleitete sekundäre Erkrankung auf. Bei früher Erkenntniss und entschlossener Behandlung ist die Paranephritis eine nur wenig gefährliche Krankheit. Die Gefahr wächst mit der Schwere der zu Grunde liegenden Ursachen und mit dem zögernden Verhalten des Arztes.

Im 6. Bande des von Penzoldt u. Stintzing herausgegebenen *Handbuches der speciellen Therapie innerer Krankheiten* hat H. Schmid (11) die *Behandlung der chirurgischen Erkrankungen der Nieren und des Harnleiters* bearbeitet. Die in dem Rahmen dieses speciell der inneren Therapie gewidmeten Handbuches wohl etwas zu breit ausgefallene Bearbeitung bespricht zunächst in einem *allgemeinen Theile* die Untersuchungs- und Operationmethoden. Im *speciellen Theile* werden nach einander besprochen die Therapie der Hydronephrose; der Paranephritis, Perinephritis, des Nierenabscesses, der diffusen eiterigen Nephritis, der Pyelitis, Pyelonephritis und Pyonephrose; der Tuberkulose; der Syphilis; der Steinniere; der Geschwülste und Parasiten; der Wanderniere; der renalen Hämophilie; der renalen Neuralgie und schliesslich der Erkrankungen des Ureters. Die Behandlung der Verletzungen der Nieren, der Nierenfisteln u. Aehnl. ist, als nicht in den Rahmen des Handbuches gehörig, nicht berücksichtigt worden. Der therapeutische Standpunkt Schm.'s ist in der Hauptsache conservativ.

Die *Harnleiterchirurgie* hängt eng mit der Nierenchirurgie zusammen. Die ausserordentlich grossen Fortschritte, die diese namentlich in den letzten 10 J. gemacht hat, sind erst in der jüngsten Zeit der Harnleiterchirurgie zu Gute gekommen. Während die Nierenchirurgie wohl auf der Höhe ihres Könnens steht, befindet sich die Harnleiterchirurgie noch in den Anfangstadien ihrer Ausbildung, aber die bisherigen Beiträge bilden bereits ein so werthvolles Material, dass man wohl behaupten kann, dass die Harnleiterchirurgie bald auf der gleichen Höhe wie die Nierenchirurgie stehen wird.

Das beweist auch die *Ureterenchirurgie* von Glantenay (2), in der mit grossem Fleisse alle bisher erzielten Erfolge der operativen Behandlung der Ureteren eine eingehende Würdigung erfahren.

Gl. bespricht im 1. Capitel die Anatomie und namentlich die für chirurgische Eingriffe so wichtigen topographisch-anatomischen Verhältnisse der Harnleiter, um dann im 2. Capitel alle die verschiedenen Operationen zu beschreiben, durch die Nierenbecken und Harnleiter freigelegt und weiteren Maassnahmen zugänglich gemacht werden können. In den folgenden 3 Abschnitten finden sich eingehende Schilderungen der Ureterotomie inclusive Ureterolithotomie, der Resektion des Uretere und der Ureterektomie. Die von Gl. vorgetragenen An-

schauungen weichen im Grossen und Ganzen nicht von denen der deutschen Chirurgen ab, deren Arbeiten von ihm voll gewürdigt werden.

Die äussere Ausstattung des Buches ist vortrefflich; schade, dass die topographischen Verhältnisse des Harnleiterverlaufes nicht durch eine Reihe guter Abbildungen erklärt werden.

Perthes (10) berichtet in eingehender Weise über die von Trendelenburg seit 1885 ausgeführten Nierenexstirpationen.

Eine Uebersicht über das Material, 22 Nephrektomien mit 3 Todesfällen = 13.6% Mortalität in Folge der Operation, giebt folgende Tabelle:

Erkrankung	transperitonäale Nephrektomie	extraperitonäale Nephrektomie	Sa.
Bosartige Geschwülste	12	—	12
Tuberkulose	—	4	6
Pyelonephritis	—	2	
Hydronephrosen u. Pyonephrosen	2	1	4
Pyonephrose mit Steinbildung .	1	—	
	15	7	22

Mit einer Ausnahme wurden *vergrösserte Nieren transperitonäal, nicht vergrösserte extraperitonäal entfernt.* Trotz aller gegentheiligen Versicherungen besteht nach P. die Behauptung zu Recht, „dass der Operateur, der zur Exstirpation der Niere die Laparotomie macht, mehr sieht und direkter auf sein Ziel losgeht, als der retroperitonäal Operirende".

Die Vortheile des laparotomischen Vorgehens liegen, wie das schon von Seite der Gynäkologen, namentlich von Sänger hervorgehoben ist, in technischen und anatomischen Verhältnissen. Durch den Bauchschnitt wird die gesunde, wie die kranke Niere der Tastung zugänglich, die Uebersicht über das Operationfeld eine wesentlich bessere, was namentlich für die Versorgung, bez. Unterbindung des Nierenstieles von Bedeutung ist. Je grösser die Nierengeschwulst ist, um so wichtiger sind diese Vorzüge. Dass der Bauchschnitt gefährlicher und eingreifender als der extraperitonäale Lendenschnitt sei, sei nicht anzuerkennen. Weder die Eröffnung der Bauchhöhle überhaupt mit der damit angeblich verbundenen Shockgefahr, noch die für die Nierenexstirpation nothwendige doppelte Durchtrennung des Bauchfelles könnten ernstlich als besonders gefährlich in Betracht kommen. Nur diejenigen Fälle würden für den Bauchschnitt immer ungeeignet bleiben, in denen die erkrankte Niere einen septisch inficirten Herd darstellt, dessen intraperitonäale Inangriffnahme zu einer Infektion des Bauchfelles führen kann. Diese Fälle seien daher der lumbalen Operation vorzubehalten.

Bezüglich der Operationtechnik ist zu bemerken, dass die Hilusgefässe, wenn möglich, separat unterbunden wurden; der unterbundene Harnleiter wurde stets versenkt, eventuell nach vorheriger Kauterisation. Die retroperitonäale Wundhöhle wurde mittels quer durch die Bauchhöhle geleiteter Gaze (einfach sterilisirter Gaze) drainirt; auf den Abschluss der retroperitonäalen Wundhöhle von der freien Bauchhöhle wurde kein besonderer Werth gelegt.

Nephrektomien wegen *maligner Tumoren* wurden folgende ausgeführt.

2½jähr. *Knabe.* Myosarcoma striocellulare. *Tod* 2½ Monate später an Recidiv.

2¾jähr. *Knabe.* Rundzellensarkom. *Tod* an Gangrän des Colon ascendens.

4½jähr. *Mädchen.* Adenocarcinom. 11 Monate nach der Operation an Basilarmeningitis *gestorben.*

5jähr. *Knabe.* Myosarcoma striocellulare. ½ Jahr nach der Operation an Metastasen *gestorben.*

9jähr. *Knabe.* Adenocarcinom. *Tod 5 Jahre post operat. „sehr wahrscheinlich an Recidiv".*

9jähr. *Knabe.* Carcinom. *Tod* 2 Tage post operat. im Collaps.

11jähr. *Knabe.* Adenochondrosarkom. *Tod* mehrere Monate später an Recidiv.

37jähr. *Mann.* Carcinom. ½ Jahr später an Recidiv *gestorben.*

46jähr. *Frau.* Struma suprarenal. renis. *Tod* 6 Mon. später an lokalem Recidiv und Metastasen.

50jähr. *Mann.* Struma suprarenal. renis. *Tod* 20 Mon. später an Recidiv.

64jähr. *Frau.* Carcinom. *5¼ Jahr später noch gesund und ohne Recidiv.*

56jähr. *Mann.* Struma suprarenal. renis. *Tod* 14 Tage post operationem.

Sämmtliche Exstirpationen wurden *transperitonäal* ausgeführt. Eine Frühdiagnose konnte in keinem der 12 Fälle gestellt werden. Die Tumoren hatten bei der Aufnahme der Kranken allesammt schon erhebliche Grösse erreicht.

Wegen *Tuberkulose* hat Trendelenburg 4mal die *lumbale Nephrektomie* gemacht.

41jähr. *Mann.* Seit 1¾ Jahr Blasenbeschwerden, seit ¾ Jahr Schmerzen in der rechten Nierengegend. Zeitweise Hämaturie. Der Urin enthält Eiter und Tuberkelbacillen. *Heilung* noch 2 Jahre später constatirt.

17jähr. *Mädchen.* Seit 4 Jahren Schmerzen in der Blasen- und rechten Nierengegend. Der Urin enthält Eiter und Tuberkelbacillen. Niere normal. *Tuberkulose des rechten Ureters. Heilung* noch 2 Jahre 10 Monate später constatirt.

41jähr. *Mann.* Seit 1½ Jahr Schmerzen in der linken Nierengegend. Der Urin enthält Eiter und Tuberkelbacillen. Tuberkulose des linken Testikels. *Heilung* mit Fistel.

22jähr. *Mädchen.* Seit 8 Jahren Blasenbeschwerden. Der Urin enthält Eiter und Tuberkelbacillen. Kein Nierensymptom. *Sectio alta. Resektion der Blasenwand.* Seitdem Symptome von Seiten der linken Niere. ½ Jahr später *Nephrektomie.* 4 Monate später *Exstirpation der Blase mit Transplantation des rechten Ureters in das Rectum.* Diffuse Tuberkulose des Peritonaeum. Besserung des Allgemeinbefindens. 8 Monate später wiederum Verschlechterung; Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend.

Operationen wegen Hydro- und Pyonephrose.

30jähr. *Mann.* Links kindskopfgrosse *Hydronephrose. Transperitonäale Nephrektomie.* Ursache der Stauung am Präparate nicht nachzuweisen. *Heilung.*

18jähr. Kr. mit rechter *Pyonephrose. Lumbale Nephrotomie. Heilung ohne Fistel* noch 7 Jahre später constatirt.

32jähr. *Mann.* Rechts *Pyonephrose* nach Gonorrhöe. *Transperitonäale Neprektomie. Heilung.*

28jähr. *Mann. Rechts Pyonephrose. Exstirpation* mittels *extraperitonäalen Schrägschnittes. Heilung.*

41jähr. *Frau.* Rechts *Pyonephrose* mit *Conkrementbildung.* Zweifaustgrosse Cyste mit vielen buchtigen

Kemmern, in denen als Abguss corallenförmige Steine liegen. *Transperitonäale Nephrektomie. Heilung.*

Auf Grund seiner Erfahrungen empfiehlt Trendelenburg in Fällen von *Hydronephrose* und *Pyonephrose* (wenn überhaupt ein chirurgischer Eingriff angezeigt und wenn der Kräftezustand des Pat. der entsprechende ist), die *primäre Exstirpation* zu wählen.

„Es erscheint uns für die umfangreichen Hydronephrosen, besonders bei langem Bestehen und bei schmerzhaften Kolikanfällen, sowie für die Pyonephrosen, die durch starke Eiterung den Gesammtorganismus bedrohen, die primäre Nephrektomie, als die empfehlenswertheste Operation. Sie eröffnet im Gegensatze zur Nephrotomie die Aussicht auf glatte Heilung und auf die Rückkehr der Gesundheit in verhältnissmässig kurzer Zeit. Durch diese Aussichten werden die Gefahren der Operation aufgewogen. Physiologische Bedenken gegen das Opfern des degenerirten Organs aber dürfen nicht davon abhalten, diese Hoffnung auf definitive Heilung zu verwirklichen." Das bei der Exstirpation einer grossen Hydronephrose zum Opfer fallende Parenchym besitzt im Allgemeinen keinen hohen physiologischen Werth und auch die Nephrotomie würde es nicht sicher vor dem Untergange bewahren.

Wegen *Pyelonephritis* hat Trendelenburg in folgenden beiden Fällen die *lumbale Nephrektomie* gemacht.

41jähr. *Mann.* Pyelonephritis nach Gonorrhöe. Hühnereigrosser Abscess an der Vorderfläche der Niere. In der Niere selbst nur kleine Entzündungsherde. *Heilung.*

39jähr. *Mann.* Pyelonephritis nach Gonorrhöe. Niere nicht vergrössert, ihr ganzes Parenchym mit multiplen bis haselnussgrossen Abscessen durchsetzt. *Heilung* mit kleiner Fistel.

Hildebrand (3) hat das *nierenchirurgische Material* der Göttinger Klinik bearbeitet.

Nierenexstirpationen wurden 26 vorgenommen, und zwar 13mal wegen Tumoren, 1mal wegen Echinococcus, 4mal wegen Hydro-Pyonephrosen incl. Steinnieren, 8mal wegen Nierentuberkulose. 9 Kr. wurden intraperitonäal operirt, davon starben 2 (an Infektion), 17 wurden extraperitonäal operirt, davon starben 6 (an Infektion 1). Eine *Nieren-, bez. Nierenbeckenfistel* wurde 8mal angelegt (1 Kr. starb an Urämie); 1mal wurde eine *Fistel* bei einem Hämatom angelegt. Bei 3 Kr. wurde die *Nephrotomie* vorgenommen (1 starb an Urämie, 2 wurden später nephrektomirt), 6mal wurden *pararenale Abscesse* eröffnet (2 Kr. starben, 2 wurden später nephrektomirt). Bei 12 Kr. wurde die *Nephrorrhaphie* ausgeführt.

Im Einzelnen berichtet Hildebrand zunächst über 13 *Nephrektomien wegen Nierentumoren.* 7 Fälle betrafen Kinder im Alter von 1—9 Jahren, 6 Fälle Erwachsene.

a) *Kinder.* In keinem Falle bestand Hämaturie. Wegen der grossen Ausdehnung des Tumor, die eine Eröffnung des Peritonaeum nöthig machte, musste die Nephrektomie in allen Fällen von vorn gemacht werden. Auch in dem einen Falle, in dem es sich um eine *Hufeisenniere* handelte, ging die Exstirpation leicht von statten. Die Durchtrennung des Isthmus hatte keine nennenswerthe Blutung zur Folge, obwohl der Isthmus nicht blos häutig war. 1 Kind ($^3/_4$ Jahre alt) starb an den Folgen der Operation; die übrigen starben 4 bis 13 Monate nach der Operation an Recidiv, bez. Metastasen.

b) *Erwachsene.* 3 Strumen oder Angiosarkome, 1 Carcinom, 1 Sarkom, 1 multilokuläre doppelseitige Cystenniere (Operation abgebrochen). 2 Kr. starben im Anschlusse an die Operation, 1 Kr. starb $2^1/_2$ Monate später an Recidiv, 1 Kr. $^1/_2$ Jahr später an Lungen- und Gehirnentzündung, 1 Kr. war 1 Jahr 8 Monate nach der Operation noch gesund und recidivfrei. Die genauen Krankengeschichten sind von H. noch nicht mitgetheilt worden.

30jähr. Mädchen mit *Fibromyoosteosarkom der Nierenkapsel.* Transperitonäale *Nephrektomie.* Unten an der grossen Geschwulst sass die intakte Niere, oberhalb des Tumor lag die Nebenniere. *Heilung* noch 1 Jahr nach der Operation constatirt.

19jähr. Mädchen mit ganz plötzlich entstandener grosser *paranephritischer Blutcyste.* Laparotomie. *Incision.* Entleerung von $1^1/_2$ Litern dickflüssigen Blutes. Die Oeffnung des Sackes wurde in die Wunde eingenäht; Drainage, *Heilung.* $2^1/_4$ Jahre ganz gesund geblieben.

5jähr. Mädchen mit linkseitiger grosser Nierengeschwulst. Urin normal, sehr gering. Diagnose: *Nierensarkom.* Transperitonäale *Nephrektomie. Tod* am folgenden Tage an beginnender diffuser Peritonitis. Die kleinkindkopfgrosse Geschwulst erwies sich als vom oberen Theile der Niere ausgehender *Echinococcus.* Unteres Nierendrittel normal.

Die in der Göttinger chirurg. Klinik erzielten Resultate der *Nephrektomie wegen Nierentuberkulose* sind folgende: 4 Kr. starben 1 Tag bis $1^1/_2$ Monate nach der Operation, 1 Kr. blieb 2 Jahre gesund und starb dann an anderweitiger Tuberkulose. 3 Kr. sind $2^1/_2$—4 Jahre nach der Operation vollkommen gesund, Urin klar und eiweissfrei. Diese Fälle sollen noch von anderer Seite eine eingehende Bearbeitung erfahren.

Hydronephrosen wurden folgende operirt.

1) 35jähr. Kr. Schon vor 17 Jahren kleine Geschwulst in der linken Nierengegend. Seit 4 Wochen Geschwulst unter starkem Fieber erheblich gewachsen. *Laparotomie. Hydronephrose.* Vernähung des Sackes mit den Wundrändern der Bauchdecken. *Incision,* Entleerung von 2 Litern cholestearinhaltiger Flüssigkeit. *Heilung* mit wenig secernirender, nicht belästigender *Fistel.*

2) Junger Mann mit rechter *Hydronephrose* [in Folge von Tuberkulose oder Conkrementbildung?]. *Nephrektomie. Heilung.* Der zurückgebliebene Ureter war als wurstförmiger Strang fühlbar.

3) Frau. Vor 26 Jahren typischer Nierenkolikanfall. Abgang eines ziemlich grossen Conkrementes. Beides wiederholte sich noch 2mal. Urin nie blutig. Seit 3 Jahren grosse in ihrem Volumen wechselnde Geschwulst im linken Unterbauchraume. Urin eiter- und eiweisshaltig. Extraperitonäale Incision des Nierensackes, Entleerung von über $^1/_4$ Eimer weisslicher, eitriger, nicht riechender Flüssigkeit. Entfernung mehrerer grösserer *Conkremente.* Drainage des Sackes u. s. w. *Heilung mit Fistel.* 5 J. später Tod an Pneumonie. Die Fistel war geblieben, dabei bestand aber vollkommenes Wohlbefinden.

4) Eine 22jähr. Kr. erkrankte vor 4 Jahren an einem Nierenleiden, auf welcher Seite, blieb unbekannt. Urin stark bluthaltig; nach mehreren Monaten verschwand das Blut. Vor $3^1/_2$ Jahren traten nach einem Hufschlage gegen die linke Nierengegend Schmerzen daselbst auf, die bald verschwanden, aber nach 6 Monaten wiederkehrten. Linksseitiger *Nierentumor*. Extraperitonäale *Nephrektomie*. Niere in einen sehr grossen dünnwandigen Sack verwandelt, der eine weissliche trübe, eitrige Flüssigkeit enthielt. Ureterenanfang durch ein derbes grosses adhärentes Blutcoagulum verstopft. Der Urin blieb nach der Operation trübe, allmählich eintretende Oligurie. 5 Wochen nach der Operation *Tod* an Urämie. Bei der *Sektion* fand sich eine *Hydronephrose* der anderen Seite mit Erweiterung des Nierenbeckens und einem Nierensteine; ausserdem ein Abscess in der Operationgegend.

Fälle von *Nieren- und Nierenbeckeneiterung*.

1) 42jähr. Mann. Rechtseitige *Pyonephrose nach Gonorrhöe*. Retroperitonäale *Nephrotomie*. *Heilung* mit *Fistel*.

2) 34jähr. Mann. Linkseitige *Pyonephrose nach Gonorrhöe* und Harnröhrenstriktur. Retroperitonäale *Nephrotomie*. *Heilung mit Fistel*.

3) 38jähr. Frau. Linkseitige *Pyonephrose nach Gonorrhöe*. Retroperitonäale *Nephrotomie*. *Tod* 3 Tage post operat. an Urämie. Ausgedehnte Epithelnekrosen in der anderen Niere.

4) 38jähr. Frau. Rechtseitige *Pyonephrose*. *Nephrotomie*. *Heilung mit Fistel*.

5) 47jähr. Frau. Linkseitige *Pyonephrose*. *Nephrotomie*. *Heilung mit Fistel*.

6) 8jähr. Knabe. Linkseitige *Pyonephrose*. *Nephrektomie*. *Heilung*.

22jähr. Mädchen. Vor mehreren Monaten *Eröffnung eines perinephritischen Abscesses der rechten Niere*. Seitdem 2 eitersecernirende Fisteln. Nochmalige Incisionen und Extraktionen von Konkrementen. Schliesslich *Nephrektomie*. Von der Nierensubstanz war nicht viel mehr übrig, in der Marksubstanz noch ein fingergrosser Stein. *Heilung*.

Endlich berichtet Hildebrand über 12 *Wanderniere*n, die in der Göttinger chirurg. Klinik operirt wurden (11mal die rechte Niere, 1 männliches Individuum). Stets wurde die Niere zunächst von hinten blossgelegt und die Fettkapsel gespalten. Die Nierensubstanz wurde dann durch 2 Seiden- und 2 Catgutnähte in der Breite von 3—4 cm und entsprechender Dicke gefasst. Diese Nähte wurden nun so angelegt, dass die Punkte, wo sie die ganzen dicken Weichtheile, mit Ausnahme der Haut, namentlich aber die Muskeln durchdrangen, erheblich viel höher lagen als die Durchtrittspunkte durch die Niere. Es wurde also die untere Hälfte der Niere stark nach oben gehoben und hier fixirt. Austamponirung der Wunde mit Jodoformgaze. Die Kranken blieben 4—6 Wochen liegen. Alle Kranke genasen von der Operation. 6 Kr., die vor 3 Monaten bis $4^1/_2$ Jahren operirt worden sind, befinden sich sehr gut und sind arbeitfähig.

Lotheiesen (6) giebt einen genauen Bericht über 55 *chirurgische Nierenerkrankungen*, die von 1867—1895 in der Billroth'schen, bez. Gussenbauer'schen chirurg. Klinik in Wien zur Operation kamen.

1) *Neoplasmen der Niere (maligne Tumoren, Adenom)*.

Unter den 12 malignen Tumoren (6 M., 6 W.) waren 5 Sarkome, 5 Carcinome, 2 Nierenstrumen. 9mal sass der Tumor rechts. Bei allen Kranken wurde die *Nephrektomie* vorgenommen; die rein operative Mortalität betrug 9.09%. 3 Kr. *leben noch 2 Jahre 8 Mon.*, $2^1/_2$ *Jahre* und 13 Mon. *nach der Operation*.

Die einzelnen Fälle sind folgende.

1) 26jähr. Frau. Kindskopfgrosses *Adenocarcinom* der linken Niere. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung*. *Tod* nach nicht ganz 2 Jahren an Phthise [?].

2) 24jähr. Frau. *Adenocarcinom* der rechten Niere. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung noch 13 Monate post operationem*.

3) 3jähr. Knabe. *Spindelzellensarkom* der linken Niere. Lumbale *Nephrektomie*. Zurücklassen von *Geschwulstmassen*. *Heilung*. Weiteres Schicksal unbekannt.

4) 38jähr. Frau. *Myxosarkom* der rechten Niere. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung*. *Tod* $1^1/_2$ Jahre später an „Abzehrung“.

5) 18jähr. Jüngling. *Sarkom* der linken Niere. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Tod* an *Influenzapneumonie*.

6) 52jähr. Frau. *Carcinom* der linken Niere. Lumbale *Nephrektomie*. Die carcinomatöse Nebenniere musste zurückgelassen werden. *Tod* nach mehreren Monaten.

7) 39jähr. Mann. *Carcinom* der rechten Niere. Lumbale *Nephrektomie*. *Tod* an Gehirnmetastase.

8) 39jähr. Mann. *Adenocarcinom* der rechten Niere. Lumbale *Nephrektomie*. Pleuraverletzung. Pneumothorax. *Heilung über 2 Jahre 8 Monate constatirt*.

9) 7jähr. Mädchen. *Sarkom* der linken Niere. *Transperitonäale Nephrektomie*. *Heilung*. *Tod* 6 Mon. später an *Recidiv*.

10) 46jähr. Mann. Kleinzelliges *Sarkom* der rechten Niere. Lumbale *Nephrektomie*. *Tod*.

11) 20jähr. Mann. Rechtseitige *Nierenstruma*. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung*. *Der Kr. lebte noch* $2^1/_2$ *Jahre nach der Operation in vollster Gesundheit*.

12) 56jähr. Frau. Rechtseitige *Nierenstruma*. Lumbale *Nephrektomie*. *Heilung*. 6 Monate später *Tod* an Recidivtumor.

2) *Perirenale Tumoren*.

52jähr. Frau. Zwischen Niere und Nebenniere entstandenes *Myxoma lipomatodes*. Unvollständige Exstirpation. *Tod* an eitriger Peritonitis.

3) *Verletzungen des Ureters*.

1) 40jähr. Frau. Linkseitige *Ureterbauchwandfistel* nach Ovariotomie. Lumbale *Nephrektomie*. *Tod* an *Urämie*. Parenchymatöse Nephritis der zurückgelassenen Niere wohl in Folge allzu reichlicher Carbol-Irrigationen.

2) 36jähr. Frau. Entfernung eines Lithopädion. 15 cm lange völlige Freilegung des linken Ureters. Lumbale *Nephrektomie*. *Heilung*.

3) Bei einer Kr. mit *Ureterbauchwandfistel* konnte wegen der ausgedehnten Schwielen, in die die stark atrophische rechte Niere eingebettet war, die Nephrektomie nicht vorgenommen werden. Es wurde daher mit dem Sektionsschnitt die Niere halbirt, so das eitererfüllte Nierenbecken eröffnet und nun die ganze Wundhöhle tamponirt. Vollständige *Heilung*.

4) *Pyonephrosen*.

Unter 12 Pyonephrosen fanden sich 8 mit Konkrementbildung.

1) 28jähr. Frau. Links *Pyonephrose mit Steinen*. Lumbale *Nephrektomie*. *Heilung*. Narkosenlähmung!

2) 24jähr. Frau. Rechts *calculöse Pyonephrose*. Lumbale *Nephrektomie*. *Tod* im Collaps. Fettige Degeneration der compensatorisch vergrösserten linken Niere.

3) 54jähr. Mann. Rechts *calculöse Pyonephrose*. *Nephrotomie*. *Besserung*. $1^1/_2$ Monate später *Tod*. *Bil-*

dung von Sarkomknoten auf dem Boden der Abscesswandungen.

4) 24jähr. Maun. Rechts *Pyonephrosis calculosa. Nephrotomie.* Communikation mit dom Colon ascendens. Bildnng *aktinomykotischer* Abscesse um die Niere. Zahlreiche Metastasen. *Tod.*

5) Aknte *Pyonephrose* einer angeboron dislocirten Niere. *Incision* und Drainage. *Tod* an *Urämie.* An der anderen Niere war keine Erkrankung nachznweisen.

6) 35jähr. Frau. Rechts *calculöse Pyonephrose. Nephrotomie.* 3 Wochen später lumhale *Nephrektomie. Tod* an Herzdegoneration.

7) 38jähr. Frau. Links *calculöse Pyonephrose.* Transperitonäale *Nephrotomie. Tod* an Pneumonie.

8) 32jähr. Fran. Links *calculöse Pyonephrose. Nephrotomie.* Paranephritischer Ahscess. *Tod* an eiteriger Peritonitis.

Im Ganzen wnrde bei *Pyonephrose* 6mal die Nephrektomie vorgenommen (4 Kr. starben); 5mal wurde die *Nephrotomie* nusgeführt (4 Kr. starben).

5) *Nierentuberkulose.*

1) 32jähr. Fran. Rechtseitige vorgeschrittene *Nierentuberkulose.* Transperitonäale *Nephrotomie. Tod* an Entkräftung. Andere Niere gesund.

2) 27jähr. Frau. Linkseitige vorgeschrittene *Nierentuberkulose.* Lumbale *Nephrotomie. Tod* 3/4 Jahre nach der Operation.

6) *Perinephritis.*

1) 32jähr. Frau mit rechtseitiger *perinephritischer Infiltration* unbekannten Ursprungs. *Incision. Heilung.*

2) 38jähr. Mann. Rechtseitiger *perinephritischer Abscess.* Aetiologie unbekannt. *Incision. Heilung.*

7) *Hydronephrose.*

Unter 11 *Hydronephrosen* fanden sich 2 *angeborene* (8- und 13jähr. Knabe); Behandlung mit Punktion. Bei 2 Kr. bestand eine *intermittirende Hydronephrose*, die das eine Mal durch Nierensteine hervorgerufen war. Bei 5 Kr. wurde die *Nephrektomie* vorgenommen, und zwar 3mal transperitonäal (3 gestorben); 2mal lumbal (1 gestorben).

In einem Falle wurdo die linkseitige *Hydronephrose in einer Hufeisenniere sammt einem Stück Nierenparenchym entfernt*, also eine *Nierenresektion* ausgeführt. Die Nierensubstanz wnrde mit dem Thermokauter abgetragen; trotzdem starke Blntung aus dem Nierenparenchym, die dadurch gestillt wurde, dass um die Mitte der Hufeisenniere 3 Ligaturen gelegt wurdon und durch diese die Niere vorsichtig zusammengezogen wurde. *Tod an Urämie.*

8) *Ren mobilis.*

9 weibliche Kr. mit rechtseitiger *Wanderniere.* 8mal waren die Nieren pathologisch nicht verändert; einmal fand sich an der Wanderniere eine Hydronephrose; letztere war durch oine arteficielle Verengerung des Ureters nach oiner Myomoperation entstanden: *Nephrorrhaphie, Tod* an fettiger Herzdegeneration. Von den übrigen 8 Kr. starben 2: 28jähr. Frau, *Nephrektomie* wegen Wanderniere (*vor* Bekanntsein der Hahn'schon Nephrorrhaphie), *Tod* an septischer Peritonitis; 48jähr. Frau, Laparotomie wegen angeblichen Pylornscarcinoms. Abdominale Fixation der Wanderniere, *Tod* an eiteriger Peritonitis.

Die übrigen 6 Kr. wurden durch die *Nephrorrhaphie* danernd geheilt (Spaltung, hez. Resektion der Capsula propria; Seidennähte).

In einem grösseren Vortrage berichtet Israel (4) über *einige neue Erfahrungen auf dem Gebiete der Nierenchirurgie.*

Gelegentlich der Sektion eines 52jähr. Mannes fand er eine *linkseitige Solitärniere*, die rechte Niere, sowie die dazu gehörige Nierenarterie fehlten, die rechte Nebenniere lag an ihrer normalen Stelle. Von praktischer Wichtigkeit für eventuelle Eingriffe an der Niere waren in diesem Falle das Fehlen des Hodens auf der Seite des Nierendefektes, zweitens die gleichmässige hypertrophische Entwickelung der beiden Prostatalappen trotz Verkümmerung eines Hodens, ein Befund, der die Möglichkeit der Beseitigung der Prostatahypertrophie durch Castration fraglich erscheinen lassen könnte.

Die *Nephrektomie wegen maligner Tumoren* hat I. im Ganzen 17mal gemacht (6 Krebse, 10 Sarkome, 1 Struma renal.). An der Operation sind 2 Kr. gestorben (11.7%). 6 Kr. sind 9 Jahre bis 1 1/4 Jahr frei von Recidiven geblieben. Wesentlich für die Erreichung dieser günstigen Resultate ist vor Allem die frühzeitige Diagnosenstellnng (sorgfältige Uebung in der Nierenpalpation). So konnte I. bei einem 48jähr. Pat., im Beisein von 6 Aerzten, durch Palpation einen genauen Nierenbefund erheben und skizziren, dessen Richtigkeit bei der sich anschliessenden Operation unzweifelhaft war: an der Vorderfläche 2 Querfinger breit oberhalb des unteren Poles eine halbkugelige, stark kirschgrosse Prominenz. Bei der Operation fand sich an dieser Stelle auch die Geschwulst. Der Mann litt an Bluthamen, das sich seit 1 Monate zu wiederholten Malen, ganz plötzlich, während einer, höchstens zweier Miktionen eingestellt hatte.

Wegen *Nierentuberkulose* hat I. 11mal die *Nephrektomie*, 1mal die *Amputation der* halben *Niere* vorgenommen. In diesem letzteren Falle (23jähr., tuberkulös belastete Frau), in dem die Erkrankung auf die obere Nierenhälfte beschränkt und der Harnleiter wegsam war, amputirte I. die Niere stückweise unter Digitalcompression des Nierenstieles. *Heilung.*

Unter den 12 Fällen war die *Tuberkulose* 3mal ausschliesslich beschränkt auf die eine Niere, 2mal auf eine Niere und ihren Harnleiter, 3mal auf eine Niere, Harnleiter und entsprechende Blasenhälfte, 2mal war die Blase in unbekannter Ausdehnung mit erkrankt, 1mal stark in ganzer Ausdehnung, 1mal war die 2. Niere entweder schon bei dor Operation tuberkulös oder erkrankte wenigstens bald danach. Nur 1 Pat. starh unmittelhar an der Operation an Shock — neben einer die ganze Leibeshälfte ausfüllenden tuberkulösen Pyonephrose fand sich amyloide Entartung der anderen Niere —; eine 2. Pat. starb 6 Wochen nach der Operation (Urämie, vermuthlich Tuberkulose der anderen Niere), ein 3. Pat. später an tuberkulöser Meningitis; ein 4. an Amyloid des Darmes nnd der anderen Niere. Die 8 Ueberlebenden sind geheilt, von ihren Beschwerden befreit.

Das Vorhandensein einer „*Schnürniere*", welcher I. 3mal bei Frauen begegnete — jedes Mal links, hervorgerufen durch den Druck des in Folge linksconvexer Brustwirbelskoliose abgeflachten Rippenbogens auf die herabgesunkene Niere —, kann leicht zu diagnostischen Irrthümern führen, so u. A. Darmgeschwülste vortäuschen. Eine Pat. mit Darmbeschwerden, Tenesmus, Verstopfung konnte I. durch Fixation der Niere an der normalen Stelle, wodurch gleichzeitig der spitzwinklig geknickte absteigende Flexurschenkel — es bestand Enteroptose! — in die Höhe gehoben wurde, von ihren Leiden befreien.

Das Schnürstück war wallnussgross, uneben höckerig, von dem übrigen Organ durch eine tiefe, 2 cm breite, bindegewebige strahlige Depression getrennt. Die Niere selbst war verlängert, ihr Parenchym verschmälert, die Kelche waren sehr erweitert, so dass ein Zustand von chronischer Hydronephrose bestand.

In 2 Fällen hat I. *zur Heilung der intermittirenden Hydronephrose eine plastische Operation am Nierenbecken* (*Pyeloplicatio*) ausgeführt.

Im 1. Falle (39jähr. Frau, seit 1/2 Jahre an heftigen mehrtägigen Schmerzen in der linken Nierengegend leidend) fand sich die Spitze des erweiterten Nierenbeckens mit dem Harnleiterabgang nach hinten, statt nach unten gerichtet; ein Knickungswinkel am Abgange des Harnleiters blieb bestehen, auch wenn man ihn durch starkes Emporheben der Niere auszugleichen suchte; es war klar, dass der Abfluss des Urins aus dem Nierenbecken so lange ein unvollständiger sein musste, als es nicht gelang, den Harnleiter an die tiefste Stelle zu legen. Dieses Ziel erreichte I. durch zweckmässig eingelegte Nähte, die die gedehnten Wandungen des Nierenbeckens falteten (verengten und verkürzten). I. überzeugte sich vor Anlegung der Nähte durch Incision des Nierenbeckens und Eingehen mit einem Finger, dass nicht Steine oder eine Harnleiterklappe vorhanden waren, schloss die Oeffnung mit Catgutnähten nach Art der Lembert'schen Darmnaht und vernähte darüber die Wand in mehreren Schichten, von denen jede folgende in ihren Ein- und Ausstichpunkten sich erheblich weiter von der Schnittlinie entfernte als die vorhergehende.

Um dem Wiederauftreten einer Knickung an der Abgangsstelle des Harnleiters möglichst sicher entgegen zu wirken, wurde die Niere in einer gewaltsam nach oben gedrängten Lage an der hinteren Bauchwand fixirt und an der 12. Rippe durch Catgutnähte, die das Parenchym durchsetzten, aufgehängt.

In einem 2. Falle (11jähr. Knabe) fand sich bei der Operation eine mehr als doppelt vergrösserte Niere mit einem bis zu Kleinapfelgrösse ausgedehnten Becken, und zwar so, dass in der Ebene des Sektionsschnittes die hintere Nierenbeckenwand erheblich stärker ausgedehnt und ausgebuchtet war als die vordere; der Harnleiter entsprang oberhalb des tiefsten Punktes des Nierenbeckens. Ausserdem war er in einer gewundenen Lage durch bindegewebige, breite, membranöse Adhäsionen an die Wand des Nierenbeckens fixirt, nach deren Trennung er wieder in eine fehlerhafte Stellung zurückfederte.

Nach Anlegen einer 2 cm langen Incision an der Hinterwand des Nierenbeckens wurde als Ursache des Ausflusshindernisses eine stark ausgebildete Klappe im unteren Umfange der Harnleitermündung gefunden. Diese wurde durch einen 12 mm langen Scheerenschnitt in der Mitte durchtrennt, die beiden Hälften wurden auseinandergezogen und im Winkel des Schnittes die Schleimhaut des Harnleiters mit der des Nierenbeckens durch eine feine Catgutnaht vereinigt, ebenso an jeder der beiden auseinandergezogenen Klappenhälften die Harnleiterschleimhautwand mit dem Nierenbeckenschleimhautrande durch je 3 Catgutnähte. Das Nierenbecken wurde als Sicherheitventil offen gelassen, ein Drainrohr hineingeführt. Heilung in 4 Wochen.

Wegen *akuter Pyonephrose nach Gonorrhöe* hat I. bei einem 19jähr. Kr. die *Nephrotomie* und, da diese nicht zur völligen Entfieberung führte, 25 Tage später die *Nephrektomie* gemacht. *Heilung.*

I. theilt dann ferner einen Fall von *Nierensteinen* mit, der wegen des hohen Grades der Erkrankung und des angewendeten Heilverfahrens von den übrigen Fällen abweicht.

Der 11jähr. Knabe überstand im 3. Lebensjahre Masern, an die sich unmittelbar ein Unterleibstyphus angeschlossen haben soll. Seit dieser Zeit war der Urin andauernd blutig und übelriechend. In seinem 6. Lebensjahre ging ihm zum ersten Male mit Schmerzen in der linken Seite ein Stein ab. Seitdem war er schmerzfrei bis zum Juli 1895, wo sich wieder starke Kolikanfälle einstellten und in kurzen Zwischenzeiten ca. 20 Steine abgingen. Seitdem gab es keine ganz schmerzfreien Intervalle mehr. Am 31. August fand I. die linke Niere etwas grösser und dicker als die rechte. Urin trüb, alkalisch, mässig eiterhaltig. 8 Tage später entstand Harnverhaltung durch Einklemmung eines Nierensteines in der Harnröhre an der Wurzel des Penis. Die Extraktion gelang nicht, so dass der vieleckige, unregelmässige Stein mittels Urethrotomie entfernt werden musste. Am 16. September wurde die linke Niere durch einen Querschnitt freigelegt und unter schwieriger Trennung ihrer zahlreichen Adhärenzen mobilisirt. Man fühlte sie bei ihrer Betastung durchweg mit Steinen erfüllt, besonders in ihrem oberen Theile. Unter Compression des Nierenstieles wurde das Organ in grösster Ausdehnung von dem convexen Rande her durch den Sektionsschnitt gespalten und es wurden 12 bizarr geformte, scharfe, spitze, zum Theil sehr grosse Steine entfernt, wobei hier und da ein Debridement der Scheidewände zwischen den Kelchen nöthig war. Ausserdem wurde an der Rückseite nahe dem Nierenbecken eine solitäre Cyste geöffnet und ein eingeschlossener Stein extrahirt. Nun wurden alle früher durch die Steine ausgefüllten Hohlräume mit Jodoformgaze ausgefüllt, so dass die Niere klaffte wie eine geöffnete Austernschale, worauf jede Hälfte an den entsprechenden Wundrand der Bauchdecken angenäht wurde. Dieses Offenhalten der Niere geschah zu dem Zwecke, das Becken und die Kelche für eine langdauernde medikamentöse Lokalbehandlung ihrer erkrankten Schleimhaut mittels Borsäure und Argentum nitricum zugänglicher zu machen, da ein Fortbestehen des alkalischen Katarrhs das Recidiviren dieser Phosphatsteine befürchten liess. Dieser Plan ist gelungen, denn die Niere secernirt jetzt nur sauren Urin, und Pat. ist geheilt.

Das Bemerkenswerthe auf pathologischem Gebiete liegt in der Bildung so massenhafter Phosphatsteine in so jugendlichem Alter und ohne Pyonephrose; bei der Behandlung in der offenen Behandlung einer durch Sektionsschnitt gespaltenen, nicht pyonephrotisch veränderten Niere.

Zum Schluss theilt I. einen Fall von *„Surgical kidney"* mit, d. h. jener bösartigsten Form der Niereninfektion, die, von den Harnwegen aufsteigend, in kürzester Frist zu einer Durchsetzung der Niere mit hunderten und tausenden miliarer Abscesse und Entzündungsherdchen unter starker Schwellung des Organs führt, und, unter Schüttelfrösten entstehend, schnell eine septikopyämische und urämische Intoxikation zur Folge hat. Da diese Zustände meist doppelseitig sind, so geben sie für eine operative Therapie wenig Aussicht. Bei seiner Kr., einer 33jähr. Frau, bei der in Folge eines criminellen Abortes schwerste septische Erscheinungen aufgetreten waren, *exstirpirte* I. die rechtseitige *„Surgical kidney"* trotz einer durch Allgemeininfektion entstandenen linkseitigen septischen Nephritis. Die septische Albuminurie schwand nach Entfernung der Infektionquelle. Die Kr. *genas.*

Obaliński (9) theilt in seinen *weiteren Beiträgen zur Nierenchirurgie* folgende Fälle mit:

1) *Nephrolithiasis.*

1) 19jähr. Mädchen. Rechts *Nephrolithiasis. Nephrektomie. Heilung.*

2) 28jähr. Frau. Rechts *Nephrolithiasis. Nephrektomie. Heilung.*

3) 59jähr. Mann. Rechts *Nephrolithiasis. Nephrektomie. Tod.*

4) 40jähr. Mann. Rechts *Nephrolithiasis. Nephrolithotomie. Heilung.*

2) *Hydronephrose und Hydropyonephrose.*

1) 28jähr. Kranker. Rechts *Pyonephrose. Nephrotomie. Heilung.*

2) 27jähr. Frau. Links ziemlich bewegliche *Hydronephrose*. Transperitoneale *Nephrektomie*. Die Gocbwulst musste von der rechten Niere, mit der sie im Zusammenhang stand, abgelöst werden (*Hufeisenniere*). *Tod.*

3) 34jähr. Frau. Links *Hydronephrose*. *Nephrotomie*. *Heilung mit Fistel.*

4) 23jähr. Mann. *Hydronephrose*. *Nephrotomie*. *Heilung.*

5) 32jähr. Frau. Rechts *Pyonephrose*. *Nephrotomie*. *Heilung.*

3) *Paranephritis suppurativa.*

In 8 Fällen beobachtete O. eine ohne alle Vorboten aufgetretene *Paranephritis suppurativa*. Heilung mittels einfacher Incision, bez. Nephrotomie.

Auf Grund der vorliegenden Beobachtungen spricht sich O. dahin aus, *„dass die tonangebende Operation bei Pyonephrose die Nephrotomie sein soll“*. Sie ist auch schon deshalb vorzuziehen, weil wir noch immer keine ganz zuverlässigen und namentlich einfachen Methoden besitzen, um uns über die Leistungfähigkeit der anderen Niere zu vergewissern.

4) *Nierentuberkulose.*

1) 24jähr. Kranke. Rechts *Nierentuberkulose*. *Nephrektomie Tod* 14 Tage später an Meningitis tuberculosa. Keine Sektion.

2) 20jähr. Frau. Links *Nierentuberkulose*. *Nephrektomie*. *Heilung* noch 8 Monate nach der Operation festgestellt.

5) *Wanderniere.*

1) 35jähr. Kranke. Rechts *Wanderniere*. *Nephropexie* nach Riedel. Nach 1 Jahre *Recidiv.*

2) 26jähr. Kranke. Links *Wanderniere*. *Nephropexie* nach Guyon-Lloyd. *Heilung.*

O. schlägt folgende Modifikation des Guyon-Lloyd'schen Verfahrens vor: Decortikation der Niere in Gestalt eines I; die auf diese Weise entstandenen Thürflügellappen werden beiderseits mit mehreren Catgutnähten an der Bauchwand befestigt. Hierdurch wird die entblösste Nierenstelle ganz fest an die Bauchwand gedrückt, ohne dass Nierensubstanz genäht, geschweige denn gedrückt wird.

6) *Nierengeschwülste.*

1) 40jähr. Frau. Linke Niere *cystisch degenerirt*. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung.*

2) 40jähr. Mann. Linkseitiges *Nierensarkom*. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Tod.*

7) *Ureterfistel.*

48jähr. Frau. Vorgeschrittenes Uteruscarcinom. Exstirpation nach der Sobuchardt'schen Pararectalmethode. Der rechte, von der Neubildung umwachsene Ureter musste mit exstirpirt werden. Die Implantation des Ureterstumpfes in das Rectum misslang. 3 Wochen später *Nephrektomie*. *Heilung.*

Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen, sowie der bisherigen einschlägigen Literatur kennt O. nur *„zwei absolute Indikationen zur Nephrektomie, und zwar, wenn wir bei einer vergrösserten Niere eine sichere Diagnose auf Neoplasma oder Tuberkulose stellen können“*. Andere Indikationen zur Nephrektomie seien nur relativ, d. h. sie trete in ihre Rechte erst dann ein, nachdem wir uns nach Entblössung oder gar Incision der kranken Niere überzeugt haben, dass sie ganz untauglich oder gar für den Körper gefährlich ist.

Albarran (1) hat im Ganzen 66 Nierenoperationen ausgeführt (59 Heilungen, 6 Todte), und zwar: 7 Nephrektomien (1 gestorben), 1 partielle Nephrektomie, 24 Nephrotomien (2 gestorben), 5 Nephrolithotomien (2 gestorben), 23 Nephrorrhaphien.

Wegen *Nierenabscess*, *Hydronephrose*, *Nierensteinen* hat Mazzoni (7) in 7 Fällen mit günstigem Erfolge die *Nephrotomie* gemacht. M. dehnt die Indikation für die *Nephrotomie* möglichst weit aus.

Nash (8) berichtet ganz kurz über 6 von ihm ausgeführte *Nephrektomien*. In 2 Fällen handelte es sich um *Tuberkulose*, je 1mal um *Pyonephrose*, *Perinephritis* und *intermittirende Hydronephrose*. Diese 5 Kr. genasen. Der 6. Kr. starb; weshalb hier die Niere exstirpirt wurde, ist nicht klar.

Thornton (12) berichtet über weitere 24 *Nephrektomien* und 16 *Nephrolithotomien*. Wir werden auf diese ausgedehnten Erfahrungen Th.'s zurückkommen, sobald er sie, ebenso wie seine erste Reihe von Nierenoperationen, eingehender bearbeitet und als Monographie hat erscheinen lassen.

Im Ganzen hat Th. bisher 49 *abdominale Nephrektomien* (10 gestorben); 31 *Nephrolithotomien* (4 gestorben); 12 *Nephrotomien bei Eiterniere* (1 gestorben); 2 *Nephrotomien bei Hydronephrose* (0 gestorben) und 12 *Nephrorrhaphien* (0 gestorben) ausgeführt.

II. Topographische Anatomie. Angeborene Missbildungen.

13) Adamy and Day, Two cases of complete double ureter. Montreal med. Journ. April 1894.

14) Albers-Schönberg, Ein Fall von Uterusruptur bei congenitaler Dystopie der linken Niere als Geburtshinderniss. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVIII. 48. 1894.

15) Alsberg, A., Zur Dystopie der Nieren: Exstirpation einer im kleinen Becken gelegenen linken Niere. Festschr. zur Feier des 80jähr. Stiftungsfestes des ärztl. Vereins in Hamburg 1896.

16) Auebor, Anomalie de l'uretère. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 181. 1896.

17) Ballowitz, E., Ueber angeborenen, einseitigen, vollkommenen Nierenmangel. Virchow's Arch. CXLI. 2. p. 309. 1895.

18) Burckhard, G., Ueber Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstellen in die Harnblase. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. VII. 4. 1896.

19) Chapnia, P., Rein gauche en ectopie congénitale pelvienne chez un sujet du sexe feminin. Lyon méd. XXVII. 19. 1895.

20) Chrétion, Absence congénitale d'un rein. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 174. 1896.

21) Dickinson, W. L., Kidney with two ureters. Transact. of the Pathol. Soc. of London XLV. p. 126. 1894.

22) Ebstein, Eigenthümlicher Krankheitsvorlauf bei Uterus unicornis u. Einzelniere. Virchow's Arch. CXLV. p. 158. 1896.

23) Farquharson, Left kidney displaced and immovable. New York. med. Journ. Sept. 1894.

24) Goullioud, Die congenitale Verlagerung der Niere in gynäkologischer u. geburtshülflicher Beziehung. Ann. de Gynécol. XLIV. p. 117. Août 1895.

25) Griffon, V., Duplicité complète de l'uretère gauche. Bull. de la Soc. anat. VIII. 17. 1894.
26) Gnibé, M., Rein en ectopie pelvienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. IX. 12. p. 483. Mai—Juin 1895.
27) Hansemann, Drei Nieren. Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 4. 1897.
28) Hartevelt, C. A., Over congenitale misvormingen van de nier. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 3. 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 16. 1895.
29) Helm, F., Beiträge zur Kenntniss der Nieren-Topographie. Inaug.-Diss. Berlin 1895.
30) Jolly, J., Anomalies rénales. Rein unique. Duplicité bilatérale des uretères. Artères rénales multiples. Rein en fer à cheval à trois hiles. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 746. 1896.
31) Jump, L., Supernumerary kidneys with persistance of the Müllerian ducts. Occid. med. times 4. 1894.
32) Kofmann, S., Eine Studie über die chirurgisch-topographische Anatomie der Niere. Wien. med. Wochenschr. XLV. 14—18. 34—36. 1895.
33) Kolster, R., Etude sur le développement du rein rudimentaire. Arch. des Sc. méd. I. 2. p. 172. Mars 1896.
34) Latruffe, E., Un cas d'ectopie rénale congénitale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 11. p. 343. Mai 1896.
35) Manelaire, Anomalie des artères rénales. Trois artères rénales droites, l'inférieure très volumineuse et pré-urétérale. Bull. de la Soc. anat. IX. 3. p. 136. Févr.—Mars 1895.
36) Morestin, H., Anomalie des uretères. Bull. de la Soc. anat. VIII. 17. p. 630. Juillet—Oct. 1894.
37) Müllerheim, Congenitale Lage einer Niere im kleinen Becken. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXI. 5. 1897.
38) Pochon, G., Anomalie rénale. Variété de „rein en fer à cheval". Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. 8. 1895.
39) Schwalbe, Mittheilung über 2 Fälle von congenitaler Nierenverlagerung. Virchow's Arch. CXLVI. 3. p. 414. 1897.
40) Schwarz, Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren u. deren chirurgische Behandlung (nebst Bemerkungen über die doppelte Harnblase). Beitr. z. klin. Chir. XV. 1. p. 159. 1895.
41) Spaletta, L., Deux cas de duplicité incomplète de l'uretère. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 181. 1896.
42) Strube, G., Ueber congenitale Lage- u. Bildungsanomalien der Nieren. Virchow's Arch. CXXXVII. 2. p. 227. 1894.
43) Tesson, R., Fusion des deux reins. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1108. 1895.
44) Tweedy, Single unilateral kidney. New York. med. Journ. Sept. 1894.
45) Walsh, J. J., Kidney anomalies, with special reference to the surgery of the kidney. Univers. med. Mag. VIII. 7. p. 622. May 1896.
46) Wehmer, P., Ueber angeborene Nierenverlagerung. Kalender f. Frauen- u. Kinderärzte 1897.
47) Wölfler, Ueber abnorme Ausmündungen der Ureteren. Prag. med. Wochenschr. XX. 22—24. 1895.

Sehr eingehende und auch für den Chirurgen wichtige *Beiträge zur Kenntniss der Nieren-Topographie* hat Helm (29) in seiner unter Waldeyer gearbeiteten Dissertation geliefert. Auf Grund seiner an 104 Leichen vorgenommenen Untersuchungen kommt er zu folgenden Ergebnissen: 1) Die Nieren entsprechen in ihrer Lage durchschnittlich einem Abschnitte der Wirbelsäule, der den letzten oder die beiden letzten Brust- und die drei oberen Lendenwirbel umfasst. 2) Die rechte Niere liegt in zwei Dritteln der Fälle tiefer als die linke. Ihre tiefere Lage beruht auf der grösseren Ausdehnung des rechten Leberlappens, der die in der Entwickelung begriffene Niere hindert, weiter emporzusteigen. 3) Bei Frauen liegen die Nieren durchschnittlich um die Höhe eines halben Lendenwirbels tiefer als bei Männern. Bei ihnen kommen auch auffallend tiefe Lagen einer oder beider Nieren ungleich häufiger vor als bei Männern. 4) Die Höhenlage des oberen Nierenpoles wird in der Regel bezeichnet durch die Ansatzstellen der 11. und 12. Rippe an die Wirbelsäule, so zwar, dass bei Männern der obere Nierenpol häufiger (7:5) in der Höhe der 11. Rippe, bei Weibern häufiger (11:7) in der Höhe der 12. Rippe liegt. 5) Der untere Nierenpol erreicht nicht selten den Darmbeinkamm oder überschreitet ihn sogar, bei Männern allerdings nur rechterseits (unter 9 Fällen 1mal), bei Weibern aber links wie rechts, bald einseitig (rechts unter $2^1/_2$ Fällen 1mal, links unter 7 Fällen 1mal), bald doppelseitig (unter 7 Fällen 1mal). 6) Die Flexura coli dextra stellt in der Mehrzahl der Fälle (56.7%) keine einfache rechtwinklige Umbiegung dar, sondern das Colon ascendens schlingt sich, am unteren Pole der rechten Niere angelangt, erst um diesen herum auf die mediale Seite der Niere (Flexura renalis), um dann bis zur Leber weiter aufzusteigen und dort, zum zweiten Male rechtwinklig abbiegend (Flexura hepatica), in das Quercolon überzugehen. Das Colon descendens geht am oberen Ende der linken Niere aus dem meist schräg ansteigenden Quercolon hervor und läuft lateral neben der Niere herab. 7) Die Länge der Nieren beträgt durchschnittlich 10—12 cm; in einem Drittel der Fälle ist die linke Niere länger als die rechte; sonst verhält es sich umgekehrt, oder beide Nieren sind gleich lang. Die Frauenniere ist etwas kleiner als die des Mannes. 8) Die Ursprungsstelle der Nierenarterien aus der Aorta liegt für gewöhnlich ($^2/_3$ der Fälle) in der Höhe der Bandscheibe zwischen 1. und 2. Lendenwirbel. Die Nierenarterien entspringen häufig beide gleich hoch aus der Aorta (45.2%), etwas seltener entspringt die linke tiefer als die rechte (39.8%) und ganz selten die rechte tiefer als die linke (15.1%). Die Häufigkeit der accessorischen Nierenarterien beträgt annähernd 1 : 3. 9) Die Vergrösserung der Leber bedingt keine Abwärtsverschiebung der rechten Niere; dagegen scheint bei Verminderung ihres Volumens die Niere höher als sonst zu liegen. 10) Die vergrösserte Milz ist im Stande, die linke Niere abwärts zu drängen. 11) Nierendislokationen finden sich häufig bei Magenerweiterung, Enteroptose, Hernien, Hängebauch und Vorfällen der weiblichen Genitalien. 12) Missstaltungen der Wirbelsäule und des Brustkorbes können ebenso wie das zu enge Schnüren der Frauen eine Dislokation der Nieren bewirken.

Eingehende Studien über die *chirurgisch-topographische Anatomie der Niere* hat Kofmann (32) angestellt. Auf Grund von 61 aus der Literatur gesammelten Fällen ergiebt sich, dass bei rechts-

seitigen Nierengeschwülsten nur in 44% der Fälle, bei linksseitigen sogar nur in 41% der *Dickdarm vor der Nierengeschwulst* liegt.

Das Ergebniss seiner Untersuchungen stellt K. in folgenden Sätzen zusammen: Das Colon ascendens, bez. descendens liegt nicht vor der entsprechenden Niere, wie fast alle Autoren annehmen, sondern das Colon ascendens deckt den unteren Pol der rechten Niere und geht dann entlang ihrem medialen Rande nach oben, während das Colon descendens sich am lateralen Rande der linken Niere senkt. Die Nieren besitzen ausser der Capsula adiposa noch eine oberflächliche Kapsel, deren hintere Hälfte, Fascia retrorenalis, für beide Nieren gleich ist, deren vordere dagegen rechts einschichtig, linkerseits grösstentheils zweischichtig ist. Der Magen reicht mit grosser Wahrscheinlichkeit nur im gefüllten Zustande an die linke Niere heran; etwaige Perforationen der Eiterniere in den Magen sind auch in der Literatur nicht bekannt. Die Befestigung der linken Niere beruht auf den obigen Beziehungen zu ihren Umhüllungen, und hierin ist auch das überwiegende Vorkommen der rechtseitigen Wanderniere begründet. Die rechte Niere berührt das Zwerchfell und mittelbar die Pleura nur in kleiner Fläche, die linke dagegen mit ihrem ganzen oberen Drittel.

In einer sehr lesenswerthen Arbeit berichtet Struhe (42) über 4 im Heidelberger patholog. Institut zur Beobachtung gekommene *congenitale Lage- und Bildungsanomalien der Nieren.* Zwei von ihnen waren als zufälliger Sektionbefund entdeckt worden, die beiden anderen fanden sich bei Kranken der Czerny'schen Klinik.

1) 27 Tage altes Kind. Rechte Niere normal gelagert. *Linke Niere liegt tief,* auf den letzten Lendenwirbeln, vor der Aortentheilung. Sie ist voluminöser als die rechte, länglich rund, von vorn nach hinten abgeplattet.

2) 4 Wochen altes Kind. *Atresia ani vesicalis. Die linke Niere fehlt, die rechte Niere liegt tief* im kleinen Becken, dessen Höhle sie gänzlich ausfüllt. Besondere Gefässvertheilung u. s. w.

3) 32jähr. Mann. *Tieflage der linken Niere, Fehlen der rechten Niere. Kryptorchismus rechtsseitig.* Unterhalb des Nabels, vor dem Promontorium faustgrosser, uneben höckeriger, weich elastischer *Tumor.* Wahrscheinlichkeitdiagnose: Sarkom des retinirten Hodens. *Laparotomie:* Exstirpation eines wallnussgrossen, isolirten Lappens, der sich als Nierengewebe erwies. Da man sich von dem Verhandensein der rechten und der linken Niere nicht deutlich überzeugen konnte, wurde die Operation abgebrochen. *Tod an Anurie. Der Tumor erwies sich als die nach unten verlagerte, hypertrophische Niere.*

4) 79jähr. Mann, gesterben an Drüsencarcinom des Halses. Als zufälliger Sektionbefund ergab sich eine *gekreuzte Dystopie der rechten Niere und Verwachsung derselben mit dem unteren Pol der linken Niere.*

Bei der Eintheilung der Lageanomalien der Nieren muss man 2 grosse Reihen unterscheiden. In die 1. Reihe gehören alle Fälle, in denen sich nur *eine* Niere verlagert findet, die andere liegt dann entweder am normalen Orte oder fehlt gänzlich. In der 2. Reihe von Fällen liegen *beide* Nieren am falschen Orte, und zwar entweder getrennt oder in verschiedenen Graden miteinander verwachsen. Die tiefliegende Niere kann zu einem chirurgischen Eingriffe Veranlassung geben oder bei einer Operation als störendes Moment hervortreten. Dabei kann die den Fall complicirende Tieflage der Niere entweder vorher diagnosticirt sein oder erst nach der Eröffnung des Bauches erkannt werden. In beiden Fällen werden die abnormen anatomischen Verhältnisse die Operation sehr schwierig und gefährlich machen, namentlich dann, wenn man auf die Tieflage der Niere nicht vorbereitet ist.

Ballowitz (17) hat ausser 3 eigenen Beobachtungen 210 Fälle von *angeborenem, einseitigem, vollkommenem Nierenmangel* zusammengestellt. Bei dieser *Aplasie* oder *Agenesie* der einen Niere liegt die einfach vorhandene Niere gewöhnlich an normaler Stelle und ist von normaler Form; Ureter und Nierengefässe der kranken Seite werden meist vermisst. Meist ist die Einzelniere compensatorisch vergrössert. Der Nierendefekt ist häufig mit Defektbildungen der Geschlechtsorgane (namentlich der Ausführungsgänge, seltener der Keimdrüsen) auf der entsprechenden Seite verbunden. Abgesehen von den seltenen Fällen, in denen trotz Nierendefekt ein durchgängiger Ureter vorhanden ist, kann der einseitige Nierenmangel durch Cystoskopie und Ureterenkatheterisation festgestellt werden. 117mal wurde der Nierendefekt links, 88mal rechts beobachtet. Namentlich bei dem männlichen Geschlechte wird die linke Seite entschieden häufiger als die rechte betroffen. Ueberhaupt findet sich der congenitale Nierenmangel beim männlichen Geschlechte noch einmal so häufig als beim weiblichen.

Hartevelt (28) beschreibt 3 Fälle von *congenitalem Mangel einer Niere,* einen 4. von *totaler Atrophie einer Niere.* In 2 Fällen war die einzig verhandene Niere von normaler Grösse, woraus also hervorgeht, dass die Erscheinung der vikariirenden, sogen. physiologischen Hypertrophie gar nicht regelmässig auftritt. In 1 Falle war die Niere stark vergrössert durch parenchymatöse Nephritis; im anderen Falle zeigte die nicht hypertrophische Niere am unteren Pol einen aus Nierengewebe bestehenden Fortsatz.

Alsberg (15) berichtet über folgenden Fall von *Exstirpation einer in das kleine Becken verlagerten Niere.*

Ein 22jähr. Mädchen litt seit 3 Jahren an Bleichsucht und Kreuzschmerzen. In letzter Zeit stellten sich Fluor albus und Unterleibschmerzen ein, so dass die Pat. arbeitsunfähig wurde. Der behandelnde Arzt, der die Diagnose auf Parovarialcyste oder Hydrosalpinx stellte, übergab die Kr. A. zur Operation. Gebärmutter entsprechend gross und normal gelagert, rechter Eierstock und Tube normal. Nach links und hinten vom Uterus in der Kreuzbeinaushöhlung festsitzend war eine apfelgrosse Geschwulst von mässig derber Consistenz zu fühlen, aus einem oberen und einem unteren kolbig angeschwollenen Theile bestehend, die durch ein schmales Mittelstück verbunden waren. Eine Verbindung der Geschwulst mit der Gebärmutter war nicht zu constatiren, der linke Eierstock normal gross. Die genauest ausgeführte Untersuchung ergab einen Befund, der mit

irgend einer bekannten Erkrankung der Beckenorgane in keinen Einklang zu bringen war. Laparotomie in Aethernarkose. Die Geschwulst lag völlig retroperitenäal; Spaltung des Bauchfells, worauf die eine glatte dunkelrethe Oberfläche darbietende Geschwulst unter ziemlich starker Blutung mit Zuhülfenahme einer *Muzeux*-Zange, die das Gewebe einriss, stumpf ausgelöst wurde und sich als Niere ergab. Die Verletzung durch die Zange und der Umstand, dass bei der Ausschälung der Harnleitar zerriss, forderten die Entfernung, nachdem das Vorhandensein der rechten Niere festgestellt worden war. Versorgung der retroperitenäalen Wundhöhle in der Weise, dass der nach der Nierenexstirpation entstandene Peritonäalbeutel in den unteren Winkel der Bauchwunde eingenäht und mit Jodoformgaze locker tamponirt wurde. Schluss der Bauchwunde. Günstiger Wundverlauf. Heilung.

Die exstirpirte Niere war von normaler Grösse und Beschaffenheit, zeigte jedoch noch die embryonale Lappung; überdies entsprangen dem Nierenbecken 2 Harnleiter, die sich 2 cm tiefer vereinigten; einer war bei der Exstirpation gerissen.

A. hat in diesem Falle auf Grund irriger Diagnose die Laparotomie vorgenommen und musste dann wegen Zerreissung des Harnleiters die Nephrektomie anschliessen. Bei richtig gestellter Diagnose ist von einer Entfernung der gesunden verlagerten Niere abzusehen; giebt sie ein Geburtshinderniss ab, so ist eventuell die Einleitung der künstlichen Frühgeburt der Nephrektomie vorzuziehen.

Die Verlagerung einer Niere in das kleine Becken ist bisher 15mal, meist als zufälliger Leichenbefund, beobachtet worden.

Chirurgische Eingriffe an verlagerten Nieren sind ausser dem vorliegenden Falle noch 5 bekannt (Wölfler, Depage, Struve [2 Fälle], Graser).

Wehmer (46) hat bei einer 28jähr. Kr. eine hinter dem Uterus, dicht dem Kreuzbein anliegende *dislocirte linke Niere* mittels *Laparotomie entfernt*. Der erst bei der Operation als Niere erkannte Tumor hatte schwere peritonitische Erscheinungen, Blasenzwang und Aehnliches mehr verursacht. Die Niere war stark gelappt, sonst normal. Der Nierenhilus war nach oben gerichtet; der Ureter zerfiel in mehrere Aeste; die Gefässe verliefen zur Theilungsstelle der Aorta. 2 Artt. aberrantes waren vorhanden. Pat. *genas*; die schweren Erscheinungen verschwanden vollständig.

Die Punkte, die nach W. für die Diagnose dieser seltenen Anomalie von Bedeutung sind, sind folgende: 1) Nachweis eines dicht dem Os sacrum oder Promontorium aufliegenden Tumor. 2) Sicherer Nachweis des Fehlens der Niere auf derselben Seite. 3) Zeitweiliges Auftreten von Pyurie oder Hämaturie und Blasenzwang, besonders im Zusammenhange mit der Periode. 4) Feststellung des abnormen Verlaufs des Rectum mittels Einblasen von Luft in den Darm. 5) Ausschluss eines anderen Ursprungs des Tumor durch Palpation der Beckenorgane.

Alhere-Schönberg (14) theilt einen tödtlich verlaufenen Fall von *completer Uterusruptur bei congenitaler Dystopie der linken Niere* in die Kreuzbeinhöhlung als Geburtshinderniss mit.

Chapuis (19) fand bei der *Sektion* eines 14monat. Mädchens eine *congenitale Verlagerung der linken Niere auf das Promontorium*. Auf Grund der von Fischel, Alhere-Schönberg, Mundé u. A. mitgetheilten Beobachtungen bespricht Ch. die diagnostischen Irrthümer, die eine Becken-Ektopie der Niere bei erwachsenen Mädchen und namentlich bei schwangeren Frauen hervorrufen kann.

Goulliond (24) fand bei einer Adnexoperation eine linkseitige *congenitale Nierenektopie*. Die Niere wurde nicht entfernt; Schwangerschaft und Geburt verliefen normal.

Latruffe (34): *Congenitale Ektopie der linken Niere* bei einem 10jähr. Mädchen. Die Niere sass auf der linken Symphysis sacro-iliaca. Abnorme Gefässversorgung; Ureter kurz, aber dilatirt.

Walsh (45) hat eine Reihe von *Nieren auf angeborene Gefässanomalien* u. s. w. untersucht. In 42 Fällen fand sich mehr als eine *Nierenarterie*. 15mal fand sich *eine* accessorische Arterie, 4mal fanden sich 3, 1mal 4 Arterien. *Accessorische Nierenvenen* wurden unter 42 Fällen nur 6mal gefunden. In 4 Fällen fand sich auf einer Seite ein *doppelter Ureter*.

Manolaire (35) fand bei einer *Sektion* zufällig eine interessante *Anomalie der Nierenarterien*: Die rechte Niere hatte 3, von der Aorta abgehende Nierenarterien. Die oberste theilte sich bald wieder und ging zum oberen Horn der Niere, bez. zum obersten Theile des Hilus; die mittlere versorgte die untere Partie des Hilus und die 3. Arterie ging vor dem Ureter zum unteren Nierenhorn. Bei einem geringen Vorfalle der Niere hätte sich der Ureter um die unterste Nierenarterie schlagen und so zu einer intermittirenden Hydronephrose Veranlassung geben können.

Jump (31) fand bei der *Sektion* eines 47jähr. Mannes *beiderseits* am oberen Pole der hinsichtlich Lage, Grösse und Gestalt normalen Niere eine *überzählige Niere* mit eigenem Hilus, eigenen Arterien, Venen, Nerven und Ausführungsgängen. Letztere mündeten in der Pars prostatica urethrae etwas unterhalb der Mündung der Ductus ejaculatorii. Die mikroskopische Untersuchung der überzähligen Nieren ergab die Anwesenheit von Glomeruli und Harnkanälchen. Die Art der Mündung der überzähligen Nieren in die Urethra und das Fehlen der Vesicula prostatica machten es wahrscheinlich, dass der untere Theil der Ausführungsgänge dieses überzähligen Organes *persistirende Müller'sche Gänge* darstellte.

Adamy und Day (13) fanden in 2 Fällen als zufälligen Sektionbefund an der linken Niere *Doppelbildung der Nierenarterie, des Nierenbeckens und des Ureters*. In beiden Fällen mündete der überschüssige Ureter dicht neben der normalen Stelle in die Blase.

Griffon (25) fand bei der *Sektion* eines 60jähr. Mannes den *linken Ureter doppelt* in seinem ganzen Verlaufe: 2 Nierenbecken (eines zu 6, eines zu 3 Nierenkelchen), 2 vollkommen getrennte Blaseneinmündungen, von denen die untere an der normalen Stelle, die obere etwas höher und weiter nach linke lag.

Morestin (36) sah bei der *Sektion* einer weiblichen Leiche vom Nierenbecken der *beiden* normal grossen und normal gelagerten *Nieren je zwei Ureteren* abgehen. Das *Blaseninnere* zeigte *4 Ureterenmündungen*.

Wegen einer Anzahl weiterer Arbeiten über *angeborene Nieren- und Ureterenabnormitäten* verweisen wir auf das vorstehende Literaturverzeichniss. Die angeborenen Missbildungen dieser Organe, die früher nur anatomisches und entwickelungsgeschichtliches Interesse hatten, haben durch den grossen Aufschwung der Nierenchirurgie auch eine besondere praktische Bedeutung erlangt.

III. Allgemeine Diagnose.

48) Baduel, Tepografia e percussione dei reni. Policlinico Aug. 1. 1894.

49) Bloch, O., Weitere Erfahrungen über diagnostische Eingriffe an d. Niere. Hosp.-Tid. p. 717. 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 18. 1896.

50) Brown, J., Catheterization of the ureters in the male. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VI. 45. p. 12. Jan. 16. 1895.

51) Bruschini, Sulla percussione dei reni. Arch. ital. di Clin. med. XXXIII. 1. 1894.

52) Casper, L., Cystoskopie. Encyclop. Jahrb. d. ges. Heilkde. V. p. 32. 1895.

53) Casper, L., Der Katheterismus der Ureteren. Deutsche med. Wchnschr. XX. 7. 1895.

54) Casper, L., Die diagnostische Bedeutung des Katheterismus der Ureteren. Berlin 1896. O. Coblentz. 8°. 71 S.

55) Gaither, B., Catheterization of the ureters in the male. Journ. of cutan. and genito-urin. diseases. Dec. 1895.

56) Gneterbeck, P., Demonstration eines Cystoskopes. Berl. klin. Wchnschr. XXII. 29. 1895.

57) Kelly, H. A., Entgegnung an Prof. Dr. *Pawlik*. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 50. 1896.

58) Kelly, H. A., Meine Arbeit über d. Krankheiten der weibl. Harnwege. Antwort auf Mittheilungen des Herrn Prof. *W. Rubeška*. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 19. 1896.

59) Kollmann, A., Die *Nitze*'schen Uretercystoskope. Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. VI. p. 227. 1895.

60) Lewin, L., u. H. Goldschmidt, Versuche über d. Beziehungen zwischen Blase, Harnleiter u. Nierenbecken. Virchow's Arch. CXXXIV. 1. p. 33. 1895.

61) Lohnstein, H., Zur Technik der Cystoskopie. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 4. 1895.

62) Lohnstein, H., Zur Technik der Cystoskopie. Monatsber. über d. Gesammtleist. auf d. Geb. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualapparat II. 1. 1897.

63) Meyer, W., Catheterism of the ureters in the male and in the female with the help of *Casper's* ureter cystoscope. New York med. Journ. March 21. 1896.

64) Nitze, M., Zum Katheterismus d. Harnleiters beim Manne. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 7. 1895.

65) Nitze, M., Zum Katheterismus d. Harnleiters beim Manne. Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 9. 1895.

66) Nitze, M., Erklärung. Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 14. 1895.

67) Nitze, M., Letzte Entgegnung. Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 26. 1895.

68) Nitze, M., Ueber cystoskopische Diagnostik chirurg. Nierenerkrankungen, mit besonderer Berücksichtigung des Harnleiterkatheterismus. Berl. klin. Wochenschr. XXXII. 16. 17. 1895.

69) Nitze, M., Modifikation d. Harnleiterkatheters. Verhandl. d. Ges. deutscher Naturforscher u. Aerzte 1896.

70) Nitze, M., Eine neue Modifikation des Harnleiterkatheters. Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. VIII. p. 8. 1897.

71) Pawlik, Entgegnung an Prof. *Kelly*. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 27. 1896.

72) Rese, Eine neue Methode, bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.

73) Rese, H., Ein neues Verfahren, bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXI. 5. 1897.

74) Rubeška, W., Prof. *Howard A. Kelly* u. seine Erfindungen auf d. Gebiete d. Harnkrankheiten. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 4. 1896.

In der *Diagnostik* der *chirurgischen Nierenerkrankungen* sind in den letzten Jahren in Folge der verbesserten Methoden der *Cystoskopie* und der Ureteren-*Katheterisation* grosse Fortschritte gemacht werden.

Auf die *Cystoskopie* wellen wir hier nicht weiter eingehen; einige der wichtigeren neueren Arbeiten sind im Literaturverzeichnisse enthalten (52. 56. 61. 62).

Mittels des Cystoskopes kann man das Blaseninnere genau absuchen und sich von seiner normalen Beschaffenheit überzeugen; man kann die Ureterenmündungen in das Gesichtsfeld einstellen und das austretende Sekret jeder Niere beobachten, bez. nachweisen, aus welcher Ureterenöffnung blutiger oder eiteriger Urin austritt. Sind diese Beimengungen aber sehr gering, wollen wir ferner den Urin jeder Niere einzeln qualitativ und quantitativ genauer prüfen, so versagt die cystoskopische Beobachtung; der *Katheterismus der Harnleiter* muss dann helfend eingreifen. Beim *Weibe* ist dieses Verfahren verhältnissmässig einfach; mittels der Methoden von Pawlik und Kelly kann man das Ziel leicht erreichen.

Die von Brenner, Poirier, Boiseau du Rocher u. A. angestellten Versuche, auch beim *Manne* den Katheterismus der Harnleiter mit einer gewissen Sicherheit auszuüben, haben zu keinen befriedigenden Ergebnissen geführt.

Erst Nitze, der sich bereits auf dem Gebiete der Cystoskepie grosse Verdienste erworben hat, gelang es, zugleich mit einem brauchbaren Instrumente auch eine brauchbare Methode des *Katheterismus der Harnleiter beim Manne* zu finden (64. 65).

Nach Nitze hat dann auch Casper ein gutes Instrument hierfür angegeben (53. 54). Ebenso wie zwischen Pawlik und Kelly (57. 58. 71. 74), so haben sich auch zwischen Nitze und Casper (66. 67) sehr unangenehme Prioritätstreitigkeiten entwickelt, auf die näher einzugehen, hier nicht der Ort ist. Für jeden Unbefangenen ist wohl die Priorität Nitze's über jeden Zweifel erhaben. Eine genauere Beschreibung sowohl des Nitze'schen, als des Casper'schen Instrumentes ist ohne Abbildungen zwecklos.

Eine neuerdings von Nitze (69. 70) angebrachte *Modifikation des Harnleiterkatheters* besteht darin, dass die Lampe in einer Richtung mit der Achse des eigentlichen Cystoskopes liegt, mit ihr nicht mehr wie früher einen stumpfen Winkel bildet. Es ist dadurch möglich, eine stärkere Lampe zu benutzen und den Schnabel des Instrumentes dünner und kürzer zu gestalten.

Früher musste der Schnabel die Lampe überragen und wurde dadurch für einzelne Fälle zu lang. Jetzt dagegen hat man es Dank der erwähnten Modifikation in der Gewalt, den Schnabel beliebig kurz zu gestalten.

Dieses Instrument, das sich von den früheren auch durch grössere Schwäche des Schaftes auszeichnet, lässt sich sehr leicht einführen. Das Einschieben des Harnleiterkatheters bietet keinerlei Schwierigkeit und kann von Jedem ausgeführt werden, der zu cystoskopiren versteht.

Ein letzter Vortheil endlich dieses modificirten Katheters besteht darin, dass er in vollkommenster Weise durch Dampf sterilisirt werden kann.

Casper (54) hat in einer kleinen Monographie sein *Ureterencystoskop* beschrieben, dessen wesentliche Verbesserungen folgende sind.

1) Die Rinne für den Ureterenkatheter ist mit einem Schiebedeckel verschlossen, dessen weitere oder engere Oeffnung die Krümmung des Katheters zu variiren gestattet, dessen gänzliche Entfernung den Katheter im Harnleiter nach Entfernung des Cystoskopes zurückzulassen erlaubt; 2) die leuchtende Lampe befindet sich nicht an der Spitze des Schnabels, sondern in der Verlängerung der Längsachse des Instrumentes; die Blasenwand wird weniger erwärmt, die Katheterspitze kann besser beobachtet werden; der Schnabel des Instrumentes ist besser den verschiedenen Fällen anzupassen; 3) durch eine für die leichte Handhabung nothwendige Verschiebung des optischen Apparates nach unten um ca. 2 cm ist das Instrument solide, der Weg für Katheter und andere Instrumente gerade; das Bild wird durch ein Doppelprisma nach unten ohne Verschlechterung übertragen.

Auch für die Frau ist ein entsprechend kleineres und dickeres Instrument construirt worden.

W. Meyer (63) hat in 3 Fällen mit Erfolg die *Katheterisation der beiden Ureteren*, und zwar mit dem *Casper*'schen Uretercystoskop ausgeführt. Er lobt die leichte Handhabung dieses Instrumentes.

Brown (50) berichtet über 3 Fälle von *Ureterenkatheterisation bei Männern* im Alter von 19, 63 und 30 Jahren. In allen 3 Fällen konnte durch die Untersuchung des gesondert aufgefangenen Urins die Seite der Erkrankung, bez. die Leistungsfähigkeit der anderen Niere genau bestimmt werden.

Im 1. Falle handelte es sich um eine rechtseitige *Steinniere*, die von Halsted entfernt wurde. *Heilung.* [Warum nicht Nephrolithotomie?]

Im 2. Falle handelte es sich um eine linkseitige *Steinniere*. Kein operativer Eingriff, weil der Urin der anderen Niere die Zeichen einer chronischen Nephritis bot. [Warum nicht Nephrolithotomie?]

Im 3. Falle bestand eine grosse rechtseitige *Hydronephrose*. Keine Operation.

Um bei der Frau den Urin beider Nieren gesondert aufzufangen, benutzt Rose (72) ein circa Kleinfinger langes, abgeschrägtes Speculum von circa 1 cm lichter Weite, das in Beckenhochlage oder Knie-Ellenbogenlage nach vorheriger Cocainisirung der Harnröhre und Blase in die letztere $5^1/_2$ cm weit eingeführt wird und mit dem die Ureterenöffnung direkt eingestellt werden kann. *Das Princip der Methode ist demnach eine sehr einfache direkte Verlängerung des Ureterenkanales bis in die Harnröhre.* Die Auffindung der Ureterenmündung, die sich als Schleimhautwärzchen oder als einfacher Schlitz darstellt, gelingt bei einiger Uebung. Die Methode, am Lebenden und an der Leiche erprobt, giebt die grösste Sicherheit, verhütet Infektion eines Ureters durch das Sekret des anderen, kann ohne Narkose ausgeführt werden, benöthigt nur ein einfaches Instrumentarium und hat keine üblen Folgen (Incontinenz). Der im Speculum sich ansammelnde Harn wird mittels einer Spritze aufgesogen.

[Ueber diese erst ganz kürzlich mitgetheilte Methode, die sehr der Kelly'schen ähnelt, müssen noch weitere Erfahrungen gesammelt werden.]

In einer ganz kürzlich erschienenen ausführlichen Mittheilung giebt Rose (73) eine genaue Beschreibung seiner Methode und Abbildungen des sehr einfachen Instrumentarium.

Der Fall, in dem R. seine Methode versuchte, betraf eine 26jähr. Frau mit rechtseitigem Ovarial- und *Nierentumor* (Pyonephrose?). Der rechtseitige Urin war dunkelgelb, trübe, eiter- und eiweisshaltig; der linkseitige Urin klar und eiweissfrei.

Ueber die viel umstrittene Möglichkeit, *die Lage der Nieren durch Perkussion festzustellen*, hat Baduel (48) genaue Untersuchungen angestellt. Nach ihm ist der innere Rand der Niere, nach der Wirbelsäule hin, nicht zu perkutiren. Der obere Rand der rechten Niere ist nicht von der Leberdämpfung abzugrenzen, wohl aber der der linken nicht selten von der Milzdämpfung, namentlich bei älteren Leuten. Den äusseren Rand kann man fast in allen Fällen mit Sicherheit bestimmen, auch zwischen dem unteren Rande der Nieren und dem Darmbeine lässt sich immer ein deutlicher heller Zwischenraum nachweisen. Beträchtliche Fettanhäufung und Oedem der Nierengegend, Anschwellung der Leber, Fäkalansammlung im Colon descendens, Ascites und peritonäale Exsudate erschweren die Perkussion.

Auch Bruschini (51) ist von dem Nutzen der Nierenperkussion überzeugt.

Blooh (49) theilt 4 sehr interessante Krankengeschichten mit, die beweisen, dass *Ballotement und Darmton an der Vorderseite einer Bauchgeschwulst diese keineswegs als eine Nierengeschwulst sicherstellen.* Bei allen 4 Kranken wurde die klinische Diagnose eines Nierentumor nach der Probelaparotomie, bez. dem Lendenprobeschnitte hinfällig.

Lewin u. Goldschmidt (60) geben eine ausführliche Besprechung ihrer *experimentellen Studien über die Beziehungen zwischen Blase und Harnleiter.* Ueber die Hauptergebnisse dieser Untersuchungen haben wir bereits früher berichtet (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 273).

IV. Allgemeine operative Therapie.

75) Angelesco, Influence de l'éthérisation sur les reins. Ann. de Méd. 48. 1895. — Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. VIII. 2. 1897.

76) Cramer, K., Beitrag zur Casuistik der Querresektion der Niere. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLII. 6. 1896.

77) Eisendraht, D., Ueber d. Einfluss von Aether u. Chloroform auf d. Nieren. Deutsche Ztschr. f. Chir. XL. 5. 6. p. 466. 1895.

78) Enderlen, Beitrag zur Nierenchirurgie. Experimentelle u. klinische Beobachtungen zur Histologie d. nach Nephrektomie zurückbleibenden Niere. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLI. 1—3. p. 208. 1895.

79) Fedoroff, J., Ueber Nephrektomien mit Anlegung von Klemmpincetten à demeure. Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 26. 1896.

80) Kreoke, Nephrektomie wegen Nierencarcinom; Hämaturie durch Chloroformreizung. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 21. 1896.

81) Küster, Die Indikationen der Nephrektomie. Sond.-Abdr. aus d. Verhandl. d. Congresses f. innere Med. 1896.

82) Nachod, F., Harnbefunde nach Chloroformnarkosen. Arch. f. klin. Chir. LI. p. 646. 1895.

83) Péan, L'incision transversale de la paroi abdominale dans les opérations du rein. Gaz. des Hôp. 56. 1894.

84) Rnuville, G. de, Des néphrectomies partielles. Thèse de Paris 1894.
85) Schramm, J., Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett nach Nierenexstirpation. Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 6. 1896.
86) Tuffier, Des néphrectomies partielles dans les tumeurs bénignes du rein. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1093. 1895.
87) Wagner, P., Die Grenzen der Nierenexstirpation. Festschr. f. *Benno Schmidt*. Leipzig 1896. E. Besold. p. 244.
88) Wagner, P., Die Grenzen der Nierenexstirpation. Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. VIII. 2. 3. 1897.

Was die *Operationen und ihre Indikationen* bei den verschiedenen chirurgischen Nierenerkrankungen anlangt, so sind besondere *operative Neuerungen* aus den letzten Jahren nicht zu melden. Verschiedene Modifikationen werden bei den einzelnen Erkrankungen mitgetheilt werden. An dieser Stelle seien nur die folgenden Arbeiten erwähnt.

Fedoroff (79) empfiehlt *bei der extraperitonäalen Nephrektomie,* namentlich wenn es sich um die *Exstirpation grosser Tumoren handelt, anstatt der meist schwierigen Unterbindung des Hilus eine Abklemmung* mittels stark gekrümmter Pincetten vorzunehmen. Bei 3 von Bobroff ausgeführten Nephrektomien blieb die Klemme 48—72 Stunden liegen; der spätere Verlauf war ganz glatt. Experimentelle Untersuchungen ergaben, dass man die Klemmpincetten schon nach Verlauf von circa 24 Stunden entfernen kann, namentlich dann, wenn man geriefte Pincetten anwendet.

Péan (83) empfiehlt *bei ausgedehnten Nierenoperationen* statt des vertikalen Lendenschnittes oder der schräg verlaufenden Schnittführung die *quere Eröffnung der Bauchhöhle von vorn.* Dieser am meisten Zugang verschaffende Schnitt beginnt in Nabelhöhe am äusseren Rande des M. rectus, verläuft horizontal nach aussen und endet am äusseren Rande des M. sacrolumbalis; nach hinten kann der Schnitt nöthigenfalls durch diesen Muskel hindurch verlängert werden (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 195).

de Ronville (84) giebt in einer auf Tuffier's Anregung entstandenen Arbeit, die sich ausser auf eine Reihe von Thierexperimenten bereits auf 14 Operationen beim Menschen stützt, ein gutes Bild des gegenwärtigen Standes der *partiellen Nephrektomie.* Die von Tuffier eingeführte Operation ist ein weiterer Schritt in der *conservativen Nierenchirurgie;* sie ist durch pathologische und physiologische Thierexperimente, sowie durch die bisher vorliegenden Erfahrungen am Menschen fest begründet. Die partielle Nephrektomie ist nur in den Fällen möglich, in denen die pathologischen Veränderungen auf eine bestimmte, aber nicht den Hilus treffende Partie der Niere beschränkt sind; die Indikationen zu dieser Operation sind daher nicht häufig. Die Mehrzahl der gutartigen Nierengeschwülste, die Hydatidencysten, die perinephritischen Cysten, die perirenalen Geschwülste, die traumatischen Verletzungen der Niere, die Urinfisteln, die Steinniere können unter bestimmten Verhältnissen die partielle Nephrektomie indiciren.

Tuffier (86) hat bisher 5mal, und zwar jedes Mal mit Erfolg, die *partielle Nephrektomie* vorgenommen. Die ersten 3 Fälle (grosse Nierencyste, calculöse Pyonephrose, Trauma) sind bereits von Rouville (84) mitgetheilt worden.

Die letzten beiden Fälle sind folgende:

1) 34jähr. Frau mit *Fibrom der rechten Niere. Partielle Nephrektomie. Heilung.*

2) 44jähr. Frau mit *Adenom der rechten Niere. Partielle Nephrektomie. Heilung.* [Betr. diesen letzteren Fall siehe auch Levi und Claude.]

Freudig zu begrüssen sind die von Jahr zu Jahr sich mehrenden Bestrebungen, die *Nierenchirurgie nach Möglichkeit conservativ zu gestalten,* mit anderen Worten, die Indikationen für die Nephrektomie möglichst einzuschränken. Die Gründe, die bei den Nieren zu einer solchen Einschränkung drängen, hat *Ref.* (87. 88) in zwei kleineren Arbeiten dargelegt. *Ref.* vertritt den Standpunkt, dass *eine in ihren Funktionen gesunde Niere überhaupt nicht, eine kranke Niere nur dann entfernt werden soll, wenn die Art der Erkrankung die Fortnahme des ganzen Organs dringend erfordert. Nierenerkrankungen, in denen eine sichere, wenn auch langsamere Heilung durch schonendere operative Eingriffe erreicht werden kann, geben keine Indikation zur Nephrektomie.*

Die *Nephrektomie* kann als *primärer* oder als *sekundärer Eingriff* vorgenommen werden. Die *primäre Nierenexstirpation* findet ihre Indikation in erster Linie bei den bösartigen Geschwulstbildungen der Niere oder Nierenkapsel und bei der Nierentuberkulose, ferner in Fällen von Niereneiterung, in denen das ganze Organ von Abscesshöhlen durchsetzt ist; endlich ist sie angezeigt bei schwerster Nierenzerreissung mit starker anhaltender Blutung.

Als *sekundäre Operation* kommt die *Nierenexstirpation* in Fällen von Nierentuberkulose in Frage bei sehr herabgekommenen Kranken, bei denen anderweitige tuberkulöse Processe anzunehmen sind, und wo die Nephrotomie mit eventueller antiseptischer Tamponade nicht zum Ziele geführt hat. Ebenso wäre in Fällen von Eiterniere, wenn Bedenken über die Funktiontüchtigkeit der anderen Niere vorliegen, an Stelle der primären Exstirpation die Nephrotomie zu versuchen, um dann so bald als möglich die sekundäre Nephrektomie folgen zu lassen. Auch bei grösseren Zerquetschungen der Niere, wenn Arterie und Vene unverletzt geblieben sind, wird man der primären Nephrektomie conservativere Methoden — Nierennaht, Nierentamponade, Nierenresektion u. A. — vorzuziehen suchen und, wenn diese im Stiche lassen, die sekundäre Nephrektomie anschliessen. Endlich kommt diese in Frage bei der *Pyonephrose* und *Hydronephrose.*

Die primäre Exstirpation eines pyo- oder hydronephrotischen Sackes raubt dem Kranken nach

den Ergebnissen der Casuistik unnöthiger Weise Partien sekretionfähiger Nierensubstanz, deren Verlust unter Umständen für den Kranken verhängnissvoll werden kann. Die Untersuchungen Ayrer's haben ergeben, dass es als ein seltenes Ereigniss gelten muss, wenn die Hydronephrose zur völligen Zerstörung des Nierenparenchyme führt. Hingegen kann die Nephrotomie hier niemals Schaden stiften, ja die Erfahrung hat sogar gezeigt, dass bei einem grossen Procentsatze der incidirten und drainirten Hydro- und Pyonephrosen ohne Fistel Heilung eintrat. Handelt es sich aber um Fisteln, die urinöse oder eiterige Flüssigkeit andauernd und reichlich entleeren, so ist die sekundäre Nephrektomie am Platze.

Für alle operativen Eingriffe an den Nieren will *Ref.* in der Regel den *extraperitonäalen* Weg eingeschlagen sehen, wenngleich Trendelenburg und manche Gynäkologen das transperitonäale Operiren bevorzugen, das nur dann oft nicht zu umgehen ist, wenn es sich um bösartige, markschwammähnliche Nierengeschwülste handelt, die in kürzester Zeit enorm heranwachsen.

In ganz gleicher Weise will auch Küster (81) die *Indikationen der Nephrektomie eingeschränkt* wissen. Da, wo sie unbedingt nöthig ist, soll sie auf *extraperitonäalem Wege* vorgenommen werden. „Wer die Verhältnisse ganz unbefangen prüft, wird sich sagen müssen, dass die Nierenexstirpation mit doppelter Durchschneidung des Bauchfelles eine so viel schwierigere und gefährlichere Operation darstellt, dass sie neben der so einfachen lumbaren Nephrektomie höchstens in seltenen Ausnahmefällen in Frage kommen kann." Seit 1885 hat Küster die transperitonäale Nephrektomie nicht mehr ausgeführt.

Schramm (85) machte bei einer 25jähr. Kr. die transperitonäale *Nephrektomie* wegen rechtseitiger *Hydronephrose.* Stark unregelmässige Herzthätigkeit. *Heilung.* 3 Jahre später machte die Kr. *Schwangerschaft, Geburt* und *Wochenbett* durch; es ging alles gut vorüber, obwohl die Kr. vom 5. Schwangerschaftmonate an ziemliche Mengen Eiweiss im Urin hatte. Nach der Entbindung wieder sehr starke, besorgnisserregende Arrhythmie. Dieser Fall lehrt, „dass Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett nach Exstirpation einer Niere ohne schwere Schädigung der Gesundheit verlaufen kann, es aber dennoch rathsam ist, solchen Kranken das Eingehen der Ehe oder die Cohabitation zu verbieten, da sie während der Gravidität sich der Gefahr einer Schwangerschaftniere, einer chronischen Nephritis und selbst eines eklamptischen Anfalles aussetzen, dem sie bei Vorhandensein nur *einer*, bereits hypertrophischen Niere weniger Widerstand zu leisten vermögen".

Eisendraht (77) hat bei seinen Untersuchungen über den *Einfluss von Aether und Chloroform auf die Nieren* Folgendes gefunden: 1) Eine bereits bestehende Albuminurie wird durch Aether häufiger, als durch Chloroform gesteigert. 2) Albuminurie tritt häufiger nach Chloroform-, als nach Aethernarkosen auf, und zwar im Verhältniss von 32:25. 3) Der Einfluss auf die Amyloidniere ist gleich. 4) Cylindrurie mit und ohne Eiweiss tritt nach Chloroform- und Aethernarkosen gleich häufig auf und verschwindet rascher nach Aethernarkosen, als nach Chloroform. Diese Nachwirkung des Chloroforms auf die Nieren ist weit gefährlicher, als diejenige des Aethers.

Die Ergebnisse Eisendraht's sind von Nachod (82), der seine Untersuchungen ausschliesslich an Kindern vorgenommen hat, im Wesentlichen bestätigt worden.

Angelesco (75) fand unter 128 *Aethernarkosen* 16mal Albuminurie danach, in 6 Fällen hatte der Harn indessen schon vorher Eiweiss enthalten. Der Eiweissgehalt war stets sehr gering und verschwand nach 3—4 Tagen. In jenen 6 Fällen, in denen Albuminurie schon vor der Narkose bestanden hatte, erfuhr sie keine Steigerung, so dass *dem Aether ein wesentlicher schädlicher Einfluss auf die Nieren nicht zugestanden werden kann.*

Krecke (80) erläutert das von einer 51jähr. Pat. am 2. Nov. 1895 durch die Exstirpation gewonnene Präparat der linken *carcinomatösen Niere.* Das Bemerkenswerthe an dem Falle bestand darin, dass *nach der Operation* eine sehr *bedeutende Hämaturie* auftrat, die 5 Tage dauerte; an diese schloss sich noch eine 4 Wochen lang andauernde Albuminurie. K. kann auf Grund ähnlicher Beobachtungen diese *Hämaturie und Albuminurie nur auffassen als entstanden in Folge von Schädigung des Epithels der gesunden Niere durch das Chloroform.* Israel beobachtete bei 19 Nephrektomien 14mal Albuminurie. Eine Beobachtung von nach der Nephrektomie auftretender Hämaturie hat K. in der Literatur nicht auffinden können.

Enderlen (78) hat das *Verhalten der Nierenepithelien in der nach der Nephrektomie zurückbleibenden 2. Niere histologisch* genau *untersucht,* namentlich um Veränderungen zu finden, die die nach Nephrektomien vorübergehend eintretende Oligurie erklären könnten. Die bei Kaninchen gefundenen Veränderungen an den Nierenepithelien spielen sich in folgender Reihenfolge ab: Störung der Reihenanordnung, Vorrücken der Granula gegen die Lichtung des Harnkanälchens, Verklumpung und Vacuolenbildung. Am 5. Tage scheint ein Stadium des Stillstandes, der Ruhe einzutreten, nach 6mal 24 Stunden die Restitution mit bescheidenen Anfängen zu beginnen, doch sind auch noch am 17. Tage Unregelmässigkeiten zu entdecken.

Einen gleichen Befund konnte E. in einem Falle (57jähr. Frau) von *Nephrektomie* wegen *Nierenkapselgeschwulst mit Hydronephrose* erheben, in dem 40 Stunden nach der Operation der *Tod* eintrat. Während der Operation war die Hohlvene verletzt und sofort wieder genäht worden. Besonders bemerkenswerth ist in diesem Falle, dass die Parenchymveränderungen eintraten, obwohl die Niere

bei der länger bestehenden Hydronephrose der anderen Seite bereits stärker funktionirt haben musste. Dieser Befund widerspricht den Favre'schen Anschauungen.

V. Nieren- und Ureterenverletzungen.

89) Baren, Rupture du pédicule vasculaire du reie. Aen. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 175. 1896.

90) Bartlett, H., A case ef left pyonephrosis; intestinal obstructien; unusual symptoms; nephrectomy; recovery; remarks. Laecet Mareh 16. 1895.

91) Battle, Nierenzerreissung; Nephrektemie. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualerg. VII. p. 362. 1896.

92) Cheever, D. W., Eie Fall ven Nierenverletzung. Boston med. and surg. Rep. etc. 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXI. 52. 1894.

93) Dandois, Hématnries tardives à la suite d'une blessure du reiu. Aen. des mal. des erg. gén.-urin. XIII. p. 503. 1895.

94) Debaisicux, Un cas de fistule traumatique du rein guérie par l'excision intra-pareeehymateuse du trajet et par la suture. Ann. des mal. des erg. gén.-urin. XIII. p. 936. 1895.

95) Gaylord, A case of incised weund of the peritoeoal eurface of the kidney. Med. Newe p. 402. 1895.

96) Giordano, Zwei Fälle vee Nephrektomie wegen gewaltsamer Verletzung. Italien. Chirurgencongress 1896. — Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 52. 1896.

97) Gueterhock, P., Beiträge zur Lehre von den Nierenverletzungen. Arch. f. klin. Chir. LI. 2. p. 225. 1895. — Berl. klin. Wehnschr. XXXII. 29. 1895.

98) Outsch, Drei Fälle voe Nierenzerreissung. Vorhaedl. d. Gesellsch. deutscher Naturforscher u. Aerzte 1896.

99) Hels, H., Ueber eine Erscheieung von Seiten der Niere nach Absturz. Münchn. med. Wehnschr. XLII. 34. 1895.

100) Keen, The treatmeet of traumatic lesions ef the kidney, with tables ef 155 cases. Ann. of surg. Aug. 1896. — Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 52. 1896.

101) Kehr, H., Ueber einen geheilten Fall von transperitonäaler Nephrektomie wegen subcutaner querer Nierenzerreissung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XXXIX. 3 u. 4. p. 402. 1894.

102) Knotz, J., Ein bisher noch nicht beschriebener Fall von Ureterenstichverletzung durch das Foramen ischiadicum majus. Prag. med. Wchnschr. XX. 43. 44. 1895.

103) Kölliker, Ueber einen Fall ven Nierenruptur, geheilt durch Tamponade. Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chir. 1895.

104) Kremser, Th., Ueber 10 Fälle von subcutanen Nierenverletzuegen durch stumpfe Gewalt. Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. p. 594. 1896.

105) Küster, E., Zur Entstehung der subcutaeen Nierenzerreissung u. der Wanderniere. Arch. f. klin. Chir. L. 3. p. 687. 1895.

106) Leith, A., A severe rupture of the kidney. Edinb. med. Journ. Oct. 1895.

107) Madelung, Einige Grundsätze der Behaedlung von Verletzungen des Bauches. Beitr. z. klin. Chir. XVII. 3. 1897.

108) Marchant, Observatien de dechirure du rein. La méd. mod. Mars 31. 1894.

109) Montprofit, Rupture traumatique du rein; néphrectomie lombaire; guérison. Semaine méd. XVI. 53. 1896.

110) Merar, Plaie contuse du rein gauche par balle de revolver de 7 mm tirée dans la région précordiale. Trajet transtheracique de la balle. Expectation. Guérisen rapide. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XII. p. 927. 1894.

111) Oehler, R., Traumatische Niereneitorung, Nephrektomie, Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 3. 1897.

112) Page, H. W., Traumatic rupture of the ureter. Ann. of surg. May 1894.

113) Peyrot, Rupture du rein; opération; guérison. Bull. de la Soc. de Chir. XX. p. 289. 1895.

114) Rein, F. A., Ueber die subcutanen Verletzungee der Nieren. Inaug.-Diss. Moskau 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 27. 1895.

115) Schäffer, Beitrag zur Beurtheilung u. Behandlung der Bauchschusswunden. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 12. 1896.

113) Schroeder, C., Ueber einen Fall von Niereruptur, geheilt durch Tamponade. Münchn. med. Wochenschr. XLII. 32. 1895.

117) Seefisch, 2 Fälle von Nierenverletzung. Contr.-Bl. f. Chir. XXIII. 6. 1896.

118) Tiffany, Gunshet wound of the spleee and kidney. Abdominal sectiee, haemostasis by deep suture, recovery. Med. News Nov. 17. 1894.

119) Trapp, Zur Kenntniss der Verletzueg der Unterleibsorgane (Zwerchfell, Milz, Leber) durch stumpfe Gewalt. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3 u. 4. 1896.

120) Tuffier, Sur la contusien du rein. Bull. de la Soc. de Chir. XX. p. 317. 1895.

121) Tuffier et C. Levi, Des épanchements urohématiques périrénaux à la suite de contusions du rein. Ann. des mal. des erg. gén.-urin. 3. 1895.

122) Vigneron, E., Centusion de l'uretère. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1100. 1895.

123) Wagner, P., Zur Kenntniss der traumatischen Hydronephrose. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualerg. VII. p. 1. 1896.

124) Wiesinger, A., Durchreissung des linken Ureters. Festschr. z. Feier d. 80jähr. Stiftungsfestes d. Hamburger ärztl. Vereins. Leipzig 1896. A. Langkammer. p. 168.

Nach Küster (105) enthalten alle bisherigen Erklärungsversuche der *subcutanen Nierenzerreissungen* anatomische, physiologische oder physikalische Unmöglichkeiten. Seiner Ansicht nach beruhen fast alle Nierenverletzungen auf dem Zusammenwirken zweier Umstände: 1) einer plötzlichen, stossweisen Adduktion der beiden unteren Rippen nach der Richtung der Wirbelsäule; 2) einer hydraulischen Pressung der in Niere und Nierenbecken enthaltenen Flüssigkeiten. Es handelt sich also um eine *Sprengwirkung*. Diese kann hervorgerufen werden durch Stoss oder Schlag, aber auch durch eine plötzliche stossweise Contraktion der Bauchmuskeln, die ihren Ursprung an den unteren Rippen nehmen (*Nierenzerreissung durch Muskelzug*).

Gueterhock (97) hat bei seinen, auf ein grosses Material sich stützenden Untersuchungen gefunden, dass die *circumrenalen Verletzungen* sehr viel häufiger vorkommen, als die der Nierensubstanz selbst. Erstere können zur Lockerung der Niere in ihrer Kapsel und sekundär zur Insufficienz des Nierenstieles und ihrer anderen Befestigungsmittel und somit zur *traumatischen Wanderniere* führen. Die *subcutanen Nierenverletzungen* entstehen häufig in Folge von plötzlicher Raumbeschränkung der Rumpfhöhle. Diese muss in erster Linie die Längenausdehnung als die grösste Dimension des Organs beeinträchtigen und zu einer gewaltsamen Annäherung der beiden Nierenpole führen. Bei

besonderer Stärke des Vorganges kann es zur Aufhebung des molekularen Zusammenhanges und zur Zermalmung und Zerstörung des Parenchyms der ganzen Niere oder eines grösseren Abschnittes kommen. Findet keine vollständige Aufhebung des molekularen Zusammenhanges statt, so kommt es nur zu einfachen oder mehrfachen Rissen, häufig bestehen ein grosser und mehrere kleine Risse; die günstigste Stelle für die grösseren Risse ist die der geringsten Breite des Organs, entsprechend dem Hilus renalis.

Keen (100) bespricht die Behandlung der *Nierenverletzungen* auf Grund von 155 Fällen, die sein Assistent, Dr. Spencer, aus der Literatur seit dem Jahre 1878 mit grosser Sorgfalt zusammengesucht hat. Die Fälle werden in Form von Tabellen mitgetheilt; K. selbst beschränkt sich darauf, nach kurzer Besprechung der verschiedenen Arten der Verletzung, die durch sie angezeigten therapeutischen Maassnahmen etwas genauer auszuführen. Zwei Punkte sind dabei von vornherein als ganz besonders wichtig hervorzuheben: 1) die Art der Nierenverletzung an und für sich, 2) die Art der Nebenverletzungen. Können letztere (und hierin liegt namentlich eine Gefahr der Schussverletzungen) schon allein das Leben in hohem Maasse gefährden, so hängt die Prognose der eigentlichen Nierenverletzung vor allen Dingen davon ab, welche Theile verletzt sind und in welchem Maasse die Nierensubstanz getroffen ist. Rindenwunden, namentlich einfache Stichverletzungen, erscheinen in dieser Richtung als die günstigsten, die Blutung pflegt hierbei gering zu sein; ebenso hält sich die Entleerung von Urin aus der Wunde in mässigen Grenzen. Auch Verletzungen des Nierenbeckens allein müssten (analog den absichtlichen Eröffnungen desselben zur Extraktion von Steinen) eine gute Prognose geben; doch verhindert leider häufig eine primäre Infektion den angestrebten Erfolg. Verletzungen der Marksubstanz und der grösseren Nierengefässe lassen dem gegenüber die Lage bedenklicher erscheinen, verrufen sind in dieser Beziehung die Zerreissungen der Niere durch Einwirkung breit auftreffender mechanischer Gewalten; manchmal sind diese Nierenverletzungen doppelseitig.

Bezüglich der *Therapie* vertritt K. im Allgemeinen den Standpunkt, dass ein aktiveres Vorgehen als bisher gerechtfertigt erscheine. Nur die Stichverletzungen fordern nicht immer zur Freilegung auf; dagegen wird es in den meisten anderen Fällen wohl erlaubt oder direkt geboten sein, die Wunde bis auf die Niere zu erweitern und letztere freizulegen. Danach wird sich das weitere Vorgehen nach dem Nierenbefunde selbst richten. Sind die Gefässe unversehrt, ist die Nierensubstanz nicht ausgiebig zertrümmert, so kann man das Organ erhalten, die Wunde heilt mit Tamponade auch ohne Hinterlassung einer Fistel; ist das Umgekehrte der Fall, so ist die Nephrektomie angezeigt. Wunden des Nierenbeckens kann man versuchen durch Naht zu schliessen.

Eine genaue Prüfung der bisher veröffentlichten Zahlen führte zu dem Ergebniss, dass mit diesem operativen Vorgehen bei Weitem bessere Resultate erzielt worden sind, als mit einer abwartenden Behandlung.

Rein (114) hat auf experimentellem Wege Untersuchungen über den Vorschlag Bobrow's, *bei Nierenblutung die Unterbindung der Nierengefässe von einer Laparotomiewunde aus vorzunehmen*, angestellt. Seine Schlusssätze über diese Methode, sowie über die *Nierenverletzungen* überhaupt sind folgende:

„Die Einrisse und Durchrisse des Nierengewebes haben vorzugsweise eine quere oder radiäre Richtung. Die Grösse des Shocks steht gewöhnlich nicht im geraden Verhältnisse zu dem Grade der Verletzung. Der reflektorische Charakter der Anurie bei der traumatischen Verletzung der einen Niere erscheint nicht bewiesen. Die *Entwickelung der Hydronephrose nach einer Nierenverletzung* hängt von der Beschädigung und nachträglichen Narbenzusammenziehung am Nierenbecken, Ureter oder des Bindegewebes um den Ureter ab. Das Trauma kann bei dazu veranlagten Personen die Bildung von Nierensteinen veranlassen. Als Cardinalsymptome einer Nierenverletzung erscheinen: Schmerzen in der Nierengegend und Hämaturie. Im Falle einer *gefahrdrohenden Nierenblutung* soll man sofort mit einem Lendenschnitte auf die Niere eindringen, um die Blutung lokal zu stillen. Im Falle einer sehr heftigen Blutung kann man, indem man die Niere an ihrer Stelle lässt, durch Laparotomie die Gefässe der betreffenden Niere unterbinden. Bei dem leisesten Verdachte auf Eiterung in oder um die Niere muss man sofort Nephrotomie oder einen Einschnitt bis auf die Niere machen. Nach Versuchen an Kaninchen gangränescirt eine Niere, deren Arterie und Vene unterbunden sind, nicht, sondern verfällt der bindegewebigen Schrumpfung und Verkalkung. Das Aufhören der sekretorischen Funktion erfolgt nach Unterbindung der Arterie allmählich."

Hola (99) beobachtete bei 6 jugendlichen Kranken, die aus verschiedener Höhe *herabgestürzt* waren, ohne sich äussere oder Knochenverletzungen zugezogen zu haben, die Symptome der *akuten hämorrhagischen Nephritis.* 4 Kranke genasen; die Nierenerscheinungen gingen nach kurzer Zeit zurück, ein Einfluss auf den Allgemeinzustand war nicht nachzuweisen. 2 Kranke starben, ehe die Nierenerscheinungen geschwunden waren. Die *mikroskopische Untersuchung der Nieren* ergab neben parenchymatösen Veränderungen überall *kleinste Hämorrhagien,* die H. als die Wirkung einer mit der Commotio cerebri in Parallele zu setzenden *„Nierenerschütterung"* ansieht.

Kremser (104) theilt aus dem Hamburger Seemannskrankenhause 10 Fälle von *subcutaner*

Nierenverletzung durch stumpfe Gewalt mit. Von den 10 Kranken starben nur 3, aber auch bei diesen war die Nierenverletzung nicht allein die Todesursache, sondern es lagen schwere Verletzungen anderer Organe (Schädelbruch, Milzzerreissung, Pneumonie) vor. Die Hauptsymptome waren der bestimmt auf die Nierengegend begrenzte Schmerz und die 2—21 Tage dauernde Hämaturie. In allen Fällen trat die Heilung ohne jede Complikation ein; die Therapie bestand in Bettruhe, Eisblase, passender Diät.

Gutsch (98) theilt 3 Fälle von *Nierenzerreissung* mit.

Der 1. Fall betrifft einen Pat., der vor 6 Wochen beim Zusammenfahren zweier Wagen einen Deichselstoss in die Nabelgegend erlitten hatte. Nach $^3/_4$ Stunden Anämie, Pulsbeschleunigung, Schmerzen in der linken Nierengegend, in den linken Hoden ausstrahlend. Es wurde in der linken Nierengegend eine Dämpfung gefunden, die stetig zunahm. 3 Stunden nach dem Unfalle *Nephrektomie*. Nach der Operation Urin etwas blutig, geringe Temperaturerhöhung, Ausgang in *Heilung*.

Der 2. Fall betrifft einen 12jähr. Jungen, der 20 Std. nach dem Unfalle pulslos, mit ausstrahlenden Schmerzen und Dämpfung in der linken Nierengegend in die Klinik eingeliefert wurde. Bei der sofort vorgenommenen *Laparotomie* fand sich Blut in der Bauchhöhle. Der mit dem Katheter entleerte Urin war nicht blutig. Die Blutung schien auf Tamponade zu stehen. Nach 12 Stunden *Tod. Sektion:* quere Durchreissung der linken Niere.

Der 3. Fall betrifft einen 16jähr. Jungen, der beim Fall vom Gerüst mit der linken Nierengegend auf ein Brett aufgefallen war. Dämpfung und ausstrahlende Schmerzen in der rechten Nierengegend, Hämaturie. Auf Eis und Opium stand die Blutung, Pat. erholte sich bald. Heilung.

Fälle von exspektativer, bez. conservativer Behandlung (Tamponade, Naht u. Aehnl.) schwerer Nierenverletzungen.

Seefisch (117) berichtet aus dem Krankenhause Friedrichshain über folgende 2 Fälle.

a) *Schussverletzung der Niere.*

Revolverschuss von vorn in den Leib, Einschussöffnung unmittelbar links unter dem 10. Rippenknorpel, Ausschussöffnung unterhalb der 12. Rippe links. Ausgebreitete Dämpfung in der Nierengegend, Anämie, Hämaturie. *Exspektative Behandlung.* Am 2. Tage Blutcylinder im Harne, Aufhören der Hämaturie. Am 12. Tage Eiterentleerung mit dem Harne unter Fieber. *Heilung*, keine Nierenfistel.

b) *Ruptur der linken Niere.*

Einem 25jähr. Manne war ein Rollwagen quer über den Unterleib gefahren. Dämpfung in der linken Nierengegend, dort Schmerzen auf Druck, so wie in der ganzen linken Bauchhöhle starke Schmerzen. Blut im Harne. Fraktur der Beckenknochen nicht nachweisbar. Anämie, Collaps. Bis zum 6. Tage stieg die Temperatur an und es traten peritonitische Reizerscheinungen auf. Von da ab Besserung bei *exspektativer Behandlung. Heilung.*

Madelung (107): 24jähr. Kr. mit *Stichverletzung der linken Niere.* Schwerer Collaps, Hämaturie. Vom Rippenbogen abwärts bis zum Poupart'schen Bande zog sich links eine 3 Finger breite Dämpfung, die sich an eine bis annähernd zum Nabel reichende suprapubische Dämpfung anschloss. Da die linksseitige Bauchdämpfung zunahm, die Benommenheit anhielt, wurde $2^1/_2$ Stunden nach der Verletzung, bez. nach der Aufnahme in das Krankenhaus die *Laparotomie* gemacht. Bauchhöhle frei von Blut, kein in ihr liegendes Organ schien verletzt. Dämpfung durch starke Füllung des Colon descendens und durch einen *grossen subperitonäalen Bluterguss. Schluss der Bauchwunde.* Am nächsten Morgen hatte sich der Verletzte gut erholt. In der Umgebung der Stichwunde am Rücken starke Hämatombildung. Entleerung von abwechselnd blutigem und blutfreiem Urin. Nach 3 Wochen *vollkommene Heilung.*

Morer (110) beschreibt eine sehr interessante *Schussverletzung der linken Niere.* Einschussöffnung unterhalb des Herzens, Verletzung der Pleura, Durchtritt des Projektiles durch den hinteren Theil des Zwerchfelles direkt in die Niere. Hämaturie, linksseitige Pleuritis. *Exspektative Behandlung. Heilung.*

Tiffany (118): 20jähr. Mann mit *Schussverletzung der linken Niere und der Milz. Der obere Theil der Niere war zertrümmert; Tamponade* vom erweiterten Schusskanale aus. *Laparotomie*, tiefe Umstechungsnähte der Milz. *Heilung.*

Dandois (93): 30jähr. Mann mit *Stichverletzung* zwischen 11. und 12. linker Rippe. Starke Hämaturie, die am 10. Tage fast aufhörte. Plötzlich unter Ausstossung von Gerinnseln erneute schwere Blutung. Vorbereitungen zur Operation: vollkommenes Sistiren der Hämaturie, die in den nächsten 4 Wochen noch ab und zu auftrat, um schliesslich ganz zu verschwinden.

Peyrot (113): Der 18jähr. Kr. war mehrere Meter hoch herab auf die linke Seite gefallen. *Linksseitige Nierencontusion.* Entlassung nach 14 Tagen. 4 Wochen später Anschwellung der linken Seite, Schmerzen, Erbrechen, Anämie, Fieber. Am 63. Tage nach dem Trauma *lumbale Incision.* Ausserordentlich grosse, mit Blutgerinnseln gefüllte Höhle; neue Blutung aus mehreren Gefässen im hinteren Nierenabschnitte; Abklemmung derselben. Niere stark abgeplattet. *Tamponade*; nach 3 Tagen Abnahme der Klammern. *Heilung.*

Kölliker (103) behandelte einen 12jähr. Jungen, der sich eine *Ruptur der linken Niere* zugezogen hatte. Als Fieber und Anurie eintraten, wurde am 10. Tage nach der Verletzung die Niere durch seitlichen Lumbalschnitt freigelegt. Es fand sich nach Auslösung der Niere aus ihrer Fettkapsel ein schräger, von unten hinten nach oben vorn verlaufender Riss, mit klaffenden, missfarbigen Rändern, der das obere Drittel der Niere fast vollständig abgetrennt hatte. Die Fettkapsel der Niere war blutig imbibirt und mit Urin infiltrirt. Unter *Jodoformgazetamponade* der Nierenwunde erfolgte völlige *Heilung* in 7 Wochen.

Bei Nierenrupturen, die einen operativen Eingriff erfordern, wurde bis jetzt die Nephrektomie ausgeführt. Falls nicht die Stillung der Blutung die Nephrektomie nöthig macht, empfiehlt K. die Behandlung mit Jodoformgazetamponade. (Vgl. auch C. Schroeder [116].)

Tuffier (120) hat in den letzten 3 Jahren 5 Kranke mit *Nierencontusion*, bez. *-Zerreissung* beobachtet; *4 Kranke genasen ohne Operation.*

Der 5. Kr. (41jähr. Maurer) hatte durch Auffallen eines schweren Gegenstandes einen *Einriss* an der hinteren Fläche *der linken Niere* bekommen; gleichzeitig Fraktur der linken Querfortsätze des 1. und 2. Lendenwirbels und der 12. Rippe. Starke Quetschung des M. sacrolumbalis. Ausgedehntes perirenales Extravasat. *Lendenschnitt*, Ausräumung der Blutgerinnsel; Resektion der abgebrochenen Querfortsätze; *Naht der Nierenwunde* mittels 4 Catgutsuturen; Muskelnaht, Jodoformgazedrainage. *Heilung.*

Debaisieux (94) heilte eine *nach einem Dolchstiche entstandene Nierenfistel* dadurch, dass er 3 Monate nach der Verletzung die *Nephrotomie* ausführte, an der freigelegten und herausgezogenen Niere das intrarenale Ende der Fistel aufsuchte, einen den narbigen Fistelgang umfassenden Keil aus der Niere exstirpirte und den entstandenen Defekt *im Nierenparenchym mit Catgut vernähte.* Die Fistel war wahrscheinlich dadurch entstanden, dass die tiefe Lendenwunde sogleich nach der Verletzung genäht worden war.

Nephrektomien wegen Nierenverletzungen sind folgende zu erwähnen.

Battle (91): 30jähr. Mann. *Nierenzerreissung* nach schwerem Eisenbahnunfalle. *Laparotomie. Entfernung der zerrissenen linken Niere. Heilung.*

Bartlett (90) behandelte ein 16jähr. Mädchen, das 1 Jahr nach einem *Sturze vom Pferde* eine schmerzhafte Anschwellung der linken Lendengegend bekam. Erbrechen, Verstopfung, Fieber, Pyurie. Grosser fluktuirender rechtseitiger *Nierentumor*. Lumbale Incision, Entleerung von reichlichem stinkendem *Eiter*; kein Conkrement. *Nephrektomie.* Vorübergehende schwere Symptome von Ptomainvergiftung. *Heilung.*

B. glaubt, dass in diesem Falle durch das Trauma eine Verletzung des oberen Ureterenabschnittes oder des Nierenbeckens mit nachfolgender Hydronephrose entstanden sei, die sich dann in Folge Diffusion von Darmgasen in eine Pyonephrose umwandelte.

Cheever (92): *Nierenverletzung* durch ein langes, spitziges Instrument. Wegen andauernder Blutung 11 Tage später *Nephrektomie. Heilung.* Die Nierenwunde war $1\frac{1}{2}$ cm breit und drang ziemlich tief in die Nierensubstanz ein.

Kehr (101): Der 9jähr. Knabe war mit der linken Bauchseite gegen einen eisernen Balken gefallen. Heftige Schmerzen, schwere Hämaturie, starke Anschwellung in der linken Bauchseite. Wegen Verblutungsgefahr *Laparotomie.* Entfernung grosser, retroperitonäaler Blutmengen. *Das untere Drittel der Niere war vollkommen abgerissen. Nephrektomie. Heilung.*

Marchant (108): *Nierenruptur* durch Sturz bei einem 37jähr. Manne. *Operation.* Niere in 2 Theile zerrissen, die nach Unterbindung der Nierengefässe *exstirpirt* wurden. *Heilung.*

Montprofit (109) *exstirpirte* mit *günstigem Erfolge* eine in geringem Grade *hydronephrotisch entartete Niere*, die durch eine *schwere* Contusion in mehrere *Stücke zerrissen* war. Die Operation war durch die lebensgefährliche Blutung geboten.

Oehler (111): 38jähr. Mann; *Fall von der Leiter* herab auf die linke Seite. Danach *Niereneiterung* mit schweren Allgemeinerscheinungen. 5 Wochen nach dem Trauma *Lumbalincision.* Entleerung einer grossen, unter dem M. quadrat. lumb. sitzenden Eiterhöhle. Von der Niere war nichts zu fühlen. Andauerndes Fieber. 6 Wochen später *Nephrektomie.* Vollkommene *Heilung.* Niere etwas vergrössert, von Eiterhöhlen und nekrotischen Herden durchsetzt.

Oe. schliesst aus der Beobachtung dieses Falles: 1) dass auch eine leichte Nierenquetschung, die anfangs fast symptomenlos verläuft und besonders keine merkliche Nierenblutung macht, zu einer schweren Niereneiterung Anlass geben kann, und 2) dass selbst in ganz verzweifelt aussehenden Fällen von Niereneiterung durch Incision und Nephrektomie noch Heilung erzielt werden kann.

Page (112): Einem Kinde fuhr ein leichter Wagen *über den Leib.* 2 Tage lang Hämaturie, Schmerzen in der Cökalgegend. 20 Tage später peritonitische Erscheinungen, Tumor in der rechten Fossa iliaca. Am 36. Tage seitliche Laparotomie. Abgekapselte, urinöse Flüssigkeit enthaltende Geschwulst, Incision, Vernähung mit der Bauchwand. Niere und oberer Ureterenabschnitt ohne Verletzung. Am Ende der 4. Woche *Nephrektomie.* Nierenbecken durch eiterigen Urin ausgedehnt. *Heilung.*

Giordano (96) theilt 2 Fälle von *Nephrektomie wegen gewaltsamer Verletzung* mit:

1) Durch eine Stich- und Schnittwunde wurden Arteria und Vena renalis durchschnitten. Wegen akuter Anämie wurde die *Laparotomie* behufs Unterbindung der lädirten Gefässe erst nach 21 Stunden vorgenommen. Nach weiteren 24 Stunden *Tod,* wie die *Sektion* bewies, nur in Folge des enormen Blutverlustes.

2) Blutharnen nach einem Hufschlage gegen die rechte Hüftengegend. *Laparotomie:* man fand Zerstückelung der oberen Hälfte der Niere und ausgedehntes Retroperitonäalhämatom. *Tod* nach 12 Stunden in Folge zahlreicher anderer traumatischer Läsionen.

G. bespricht 17 verschiedene Fälle von direkten Nierentraumen, die erst nach der Veröffentlichung der Arbeit von Reczey bekannt wurden, und ist der Ansicht, dass trotz seiner beiden Misserfolge und trotz der Warnungen Reczey's bei ausgedehnten Nierenverletzungen die Nephrektomie durchaus angezeigt ist.

Fälle von tödtlicher, nicht operativ behandelter Nierenverletzung.

Baren (89): Der 53jähr. Kr. war von einem Rollwagen überfahren worden. Basisfraktur, Fraktur der 6. linken Rippe. Leib aufgetrieben. Keine Hämaturie. *Tod* 15 Stunden nach dem Unfalle. Die *Sektion* ergab ausser der Basis- und Rippenfraktur eine *Abreissung der linken Nierenarterie und -Vene.* Die linke Niere war nur noch am Ureter befestigt und schwamm in einem grossen Blutherde. In der Niere selbst 2 kleine Fissuren.

Gaylord (95): 28jähr. Mädchen mit *Stichverletzung* der rechten Seite. 4 Tage später Aufnahme in das Spital. Rechts oberhalb der 11. Rippe eine schon in Verheilung begriffene Wunde. Tympanitis, Anasarka. Urin eiweisshaltig. Abort eines 5menat. Foetus. Absolute Dämpfung vom Nabel aufwärts bis zur 4. Rippe. Ausserordentliche Schwäche. *Tod. Sektion: Schnittwunde auf der peritonäalen Fläche der Niere,* von der aus eine grosse Blutung in einen durch entzündliche Verklebung der Eingeweide gebildeten Sack stattgefunden hatte.

Fälle von Ureteren-Verletzung.

Kneta (102) giebt den genauen klinischen und pathologisch-anatomischen Befund bei einem 23jähr. Kr. mit *Ureterenstichverletzung:* 4 Finger breit hinter dem linken Trochanter befand sich eine direkt gegen das Foramen ischiad. majus gehende Stichwunde, die die Incisura ischiad. major an ihrer grössten Concavität streifte. In Folge der wuchtigen Stichführung war ein Knochensplitterchen abgesprengt; der Musc. pyriform. war unversehrt geblieben. Bei dieser Stichführung musste nun die an der Stelle der grössten Concavität der Incisura ischiad. major sich aus dem Becken herausschlängelnde Art. glut. sup. unbedingt verletzt sein; desgleichen war der dort vorüberziehende *linke Harnleiter* verletzt und mit einem Schlitze in das Bauchfell die eigentliche Ausstichsöffnung geschaffen. So ergoss sich aus dem verletzten Harnleiter Harn, aus der verletzten Arterie Blut in den Paravesikularraum, Harn und Blut flossen durch die Bauchfelllücke in den Bauchfellraum, wo sich eine diffuse, septische Peritonitis entwickelte, die den *Tod* des Verletzten herbeiführte. Die *klinische Diagnose* der Ureterenverletzung wurde nicht gemacht.

Vigneren (122): Ein 28jähr. Kr. stürzte mit einem schweren Sack belastet über eine Kiste und verspürte sofort einen heftigen Schmerz in der rechten Fossa iliaca. 2 Tage lang Hämaturie. Ekchymosen, ödematöse Schwellung und starke Schmerzen entsprechend dem Verlaufe des rechten Ureters. Nochmalige vorübergehende Hämaturie. Nach mehr als 3 Monaten (!) umschriebene Induration des rechten Ureters. V. glaubt, dass es sich hier um eine leichtere *Ureterencontusion* gehandelt hat; leichte Erosion der Schleimhaut mit nachfolgendem periureteralem Ergusse.

Wiesinger (124): Ein 5jähr. Knabe war vor 14 Tagen von einem Wagen quer über den Leib gefahren worden. Keine äusseren Verletzungen. Wasser hatte der Knabe, wenn auch weniger wie sonst, spontan gelassen. Tiefes Koma, urämische Krämpfe. Die ganze

linke Seite des Leibes war von einer grossen, deutlich fluktuirenden Geschwulst eingenommen. *Diagnose:* Zerreissung des Nierenbeckens oder des Ureters mit retroperitonäalem Urinerguss. *Incision* in der Lumbalgegend, Entleerung von $1^1/_2$ Liter stark nach Urin riechender, ziemlich klarer Flüssigkeit. Verschwinden der urämischen Symptome. Da aus der Wunde andauernd viel Urin ausfloss, wurde 14 Tage später die *Niere exstirpirt. Heilung.* Niere und Anfangstheil des Ureters gesund. Der Ureter war also in einem tiefer liegenden Theile zerrissen.

Eine *Durchreissung des rechten Ureters* etwa 2 Zoll [5 cm] unterhalb der Niere sah Wiesinger bei einem 10jähr. Knaben, dem ein schwerer Wagen über den Leib gefahren war und der bald nach dem Unfalle *starb.* Es fanden sich ausserdem ein Nieren- und ein Nierenbeckenriss, Zerreissung des Duodenum, perforirende Wunde im Colon transversum.

Tuffier und Levi (121) heben die relative Gutartigkeit der meisten Nierenverletzungen hervor; schwerere Erscheinungen treten meist durch Complikationen auf. Zu den letzteren zählen namentlich die kürzere oder längere Zeit nach dem Nierentrauma auftretenden *Urinergüsse in das perirenale Gewebe,* die sich besonders an Verletzungen des Harnleiters anschliessen und vielfach als *„traumatische Hydronephrose“* angesehen werden.

T. u. L. unterscheiden streng zwischen folgenden 3 Arten von traumatischen Hydronephrosen: 1) *abgekapselte perirenale Urinergüsse* (traumatische Pseudohydronephrose Monod), verhältnissmässig häufig; 2) *Hydronephrose in Folge einer durch Trauma entstandenen Beweglichkeit der Niere,* viel seltener; 3) *echte traumatische Hydronephrose in Folge narbiger Verengerung des Ureters,* ausserordentlich selten. Ausser den Fällen von reinem Urinerguss in das perirenale Gewebe kommen aber auch solche vor, in denen der *Erguss aus einem Gemisch von Urin und Blut gebildet* wird. Diese urohämorrhagischen Ergüsse brechen meist in das Nierenbecken durch und entleeren sich durch den Harnleiter, so dass sie dann häufig mit sekundären Blutungen verwechselt werden.

T. u. L. theilen 2 hierhergehörige Beobachtungen mit.

In beiden Fällen (20jähr. und 35jähr. Pat.) handelte es sich um rechtsseitige Nierencontusionen, an die sich eine mehrtägige Hämaturie anschloss. Dann bildete sich eine fluktuirende, schmerzhafte Geschwulst in der rechten Nierengegend, die sich am 11., bez. 12. Tage nach der Verletzung plötzlich wieder verkleinerte, und zwar unter gleichzeitiger Entleerung reichlicher Mengen blutigen, fast schwarzgefärbten Urins. Unter dieser 8 bis 14 Tage dauernden Hämaturie verschwand die lumbale Anschwellung allmählich vollständig; nur bei dem 1. Kr. war noch mehrere Monate lang am unteren Nierenpol ein kleiner Knoten zu fühlen.

Die *klinischen Symptome* dieser Verletzung bestehen in einer im direkten Anschlusse an das Trauma oder nur wenige Stunden später eintretenden *primären Hämaturie,* die meist von Schmerzen in der Lendengegend begleitet ist. Diese Hämaturie dauert gewöhnlich 5—6 Tage. Ihr Aufhören wird durch den Harnleiter verstopfende Blutgerinnsel bedingt, die ihrerseits heftige, schmerzhafte *Nierenkoliken* veranlassen. Häufig tritt in den ersten Tagen eine beträchtliche *Temperatursteigerung* auf, die aber nicht auf Infektion zu beruhen braucht. Am Tage nach dem Trauma, oder häufiger erst dann, wenn die primäre Hämaturie aufgehört hat, bildet sich eine meist ausserordentlich grosse, diffuse, unbewegliche *Anschwellung,* die entweder vollkommen fest ist oder Fluktuation darbietet. Meist ist ein solcher perirenaler Erguss leicht von einer durch Hämato- oder Hydronephrose ausgedehnten Niere zu unterscheiden. Oefters kommt es zu *Ekchymosen* in der Haut, namentlich an der entsprechenden Lendengegend. Dieser perirenale Bluterguss kann bestehen bleiben und die Ursache zu perirenalen Urincysten geben, meist aber bricht er in das Nierenbecken durch und führt, öfters unter gleichzeitigen Nierenkoliken, zu einer *„verspäteten“ Hämaturie,* die wohl von den manchmal bei Nierenverletzungen beobachteten *sekundären* Blutungen zu unterscheiden ist. Bei letzteren wird frisches Blut entleert, während bei der verspäteten Hämaturie schon das makroskopische und mikroskopische Aussehen des Blutes auf ein älteres Datum der Blutung hinweist. Hand in Hand mit dieser verspäteten Hämaturie geht eine *deutliche Verkleinerung des perirenalen Ergusses,* der ganz allmählich vollkommen verschwindet. Diese verspätete Hämaturie dauert 8—14 Tage und endet häufig mit einer rasch vorübergehenden Periode von *Polyurie.*

Die verspätete Hämaturie ist also als eine spontane Heilung anzusehen und bedarf deshalb keines operativen Eingriffes. Die Kranken müssen die horizontale Bettlage einnehmen und Milchdiät halten. Etwa nöthig werdende Katheterisirungen sind mit peinlichster Antisepsis vorzunehmen, damit nicht eine Infektion und Vereiterung des Blutergusses eintritt.

In einer 2. Mittheilung über die *echte traumatische Hydronephrose* theilt *Ref.* (123) zunächst noch 3 weitere hierhergehörige Fälle mit (Fenger, Postempski, Bartlett) und sucht dann den Nachweis zu führen, dass auch eine Beobachtung von Roux (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 198), sowie zwei von Tuffier und Levi (s. oben) mitgetheilte Fälle den echten traumatischen Hydronephrosen zuzurechnen seien.

Sichere Fälle von echter traumatischer Hydronephrose sind in der Literatur bisher nur 10 bekannt; bei etwa einem Dutzend anderer Fälle kann nur eine Wahrscheinlichkeitdiagnose gestellt werden. Echte und falsche traumatische Hydronephrose können auch zusammen vorkommen.

Die Behandlung der echten traumatischen Hydronephrosen ist nach conservativen Grundsätzen zu leiten: *Nephrotomie,* bez. *Pyelotomie* mit nachfolgender Drainage, eventuell Resektion und Neueinpflanzung des resecirten Ureters in das Nierenbecken.

VI. Nierengeschwülste.

125) Anderson, W., A case of carcinoma of the left kidney of unusual duration; nephrectomy; recovery; remarks. Lancet April 27. 1895.

126) Battle, W. H., A case of calculus of the kidney associated with a papilloma in the renal pelvis; nephrotomy; nephrectomy; recovery. Transact. of the clin. Soc. of London XXVIII. p. 235. 1895.

127) Bellati, B., Adenocarcinoma primitivo del rene destro mobile. Nefrectomia trasperitoneale. Feltre 1895.

128) Benecke, Demonstration von Nierengeschwülsten. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 52. Beil. 1896.

129) Bérard, Néoplasme du rein. Lyon méd. LXXIX. p. 427. Juillet 1895.

130) Bittner, W., Zur Casuistik d. Nierensarkome im Kindesalter. Prag. med. Wchnschr. XXI. 33. 1896.

131) Bloch, O., A case in which half the kidney, invaded by morbid growth, was removed, with remarks on the conservative surgery of the kidney. Brit. med. Journ. Oct. 17. 1896.

132) Brock, G., Eine Geschwulst der Nierengegend mit quergestreiften Muskelfasern. Virchow's Arch. CXL. 3. p. 439. 1895.

133) Buchanan, J., Nephrectomy in a child of two years for a six-pound sarcoma. Boston med. and surg. Rep. 16. 1895.

134) Coley, W. B., Large sarcoma of kidney in a child, nephrectomy; recovery. Ann. of surg. I. p. 75. 1895.

135) Cullen, Th. S., Tumor developped from aberrant adrenal in the kidney. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VI. 48. p. 37. March 1895.

136) Dirner, Fall von transperitonäaler Exstirpation eines Nierentumor. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XXI. 5. 1897.

137) Fischer, F., Sarkom d. Niere b. einem 3jahr. Kinde. Exstirpation. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIII. 4 u. 5. p. 435. 1896.

138) Gatti, Ueber die von abgesprengten Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülste. Virchow's Arch. CXLIV. p. 467. 1896.

139) Goerl, L., Sarkom der rechten Niere bei einem 1½jähr. Kinde durch Bauchschnitt entfernt (Operation durch Dr. *Heinlein*). Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. V. p. 530. 1894.

140) Graser, E., Beitrag zur Pathologie u. chirurg. Therapie der Nierenkrankheiten. Arch. f. klin. Med. LV. p. 465. 1895.

141) Grunow, Ueber Nierentumoren u. deren Exstirpation. Inaug.-Diss. Jena 1894.

142) Haushalter, P., Cancer du rein chez l'enfant. Ann. des mal. des org. génito-urin. XIII. 8. 1895.

143) Heinlein, Nierenexstirpation. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 28. 1895.

144) Hektoen, L., Primary carcinoma of the ureter. Medicine II. 6. 1896.

145) v. Hippel, Ueber Nierenchirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 1. Beil. 1896.

146) Jordan, M., Die Nierenexstirpation b. malignen Tumoren. Beitr. z. klin. Chir. XIV. 3. p. 587. 1895.

147) Israel, J., Geschwulst des Nierenbeckens. Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 48. 1896. — Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 3. 1897.

148) Israel, Nierensarkom. Deutsche med. Wochenschr. XXII. 25. Beil. 1896.

149) Karewski, Ueber Nierenoperationen. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 7. Beil. 1895.

150) Kopal, Sarcoma alveolare renis d. bei einem 6jähr. Knaben. Prag. med. Wchnschr. XX. 19. 1896.

151) Lauwers, Quelques observations de chirurg. rénale. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. VII. p. 364. 1896.

152) Legueu, Le varicocèle symptomatique des tumeurs du rein. Presse méd. Belge XLVII. 33. Août 17. 1895.

153) Levi, Ch., et H. Claude, Adéno-épithéliome hémorrhagique du rein droit. Néphrectomie partielle, suivie de guérison. Bull. de la Soc. anat. IX. 4. p. 191. Mars 1895.

154) Macintosh, M., A case of primary sarcoma of the kidney in a child aged eleven months. Lancet June 1. 1895.

155) Malcolm, J. D., Nephrectomy for malignant tumour in a patient under two years of age. Child shown in good health two years and four months after operation. Transact. of the clin. Soc. of London XVIII. p. 287. 1895.

156) Manasse, Zur Histologie u. Histogenese der primären Nierengeschwülste. Virchow's Arch. CXLII. 1. p. 164. 1895; CXLIII. 2. p. 278; CXLV. 1. p. 113. 1896.

157) Mikulicz, Papillom d. Nierenbeckens. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 46. Beil. 1895.

158) Nicolaysen, Nephrectomie. Forhandl. i med. selskab. Mai 15. 1895. Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 27. 1896.

159) Nitze, M., Nierensarkom. Berl. klin. Wochenschr. XXII. 13. 1895.

160) Newman, D., Cases of primary cancer of the kidneys. Glasgow med. Journ. XLV. 3. p. 179. March 1896.

161) Paoli, Ueber ein multiloculäres Nierenkystom. (Italien. Chirurgencongress 1896.) Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 52. 1896.

162) Pawlik, K., Casuistischer Beitrag zur Diagnose u. Therapie der Geschwülste der Nierengegend. Arch. f. klin. Chir. LIII. 2. p. 571. 1896.

163) Rovsing, Th., Ueber die Diagnose u. die Behandlung der bösartigen Nierengeschwülste bei Erwachsenen. Arch. f. klin. Chir. XLIX. 2. p. 407. 1894.

164) Scudder, Ch. L., Nephrectomy for cystic adenoma in a pregnant woman; recovery. Amer. Journ. of the med. sciences CX. 6. 1895.

165) Semb, O., Primäres Nierensarkom bei einem todtgeborenen Kinde. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVIII. 44. 1894.

166) Swift, W. N., Cancer of right kidney; nephrectomy; no recurrence after eighteen months. Boston med. and surg. Journ. CXXXII. 16. 1895.

167) Tschirschwitz, Nierenkrebs. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. Beil. 1897.

168) Tuffier, Hématonéphrose intermittente par épithélioma du hile du rein et du bassinet. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 265. 1895.

169) Tuttle, G. A., Some tumors of the kidney. Rep. of the Presbyt. Hosp. of New York I. p. 148. 1896.

170) Ulrich, A., Anatom. Untersuchungen über ganz u. partiell verlagerte u. accessorische Nebennieren, über die sog. echten Lipome der Nieren u. s. w. Inaug.-Diss. Jena 1895.

171) Mc Weeney, E., On kidney tumours composed from suprarenal rests. Brit. med. Journ. Febr. 8. — Dubl. Journ. CI. p. 365. April 1896.

172) Wehland, Ein seltener Fall von diffusem doppelseitigem Nierensarkom. Inaug.-Diss. Tübingen 1895.

173) Werder, Nephrectomy for sarcoma of the kidney in a child 25 months old. Med. News p. 46. 1895.

Willems, Ch., De la néphrectomie transversale. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 165. 1895.

Eines der interessantesten Capitel der Nierenchirurgie bilden die *festen Nierengeschwülste*. Die rein pathologisch-anatomischen Arbeiten können wir hier ausser Acht lassen, da sie in diesen Jahrbüchern bereits von anderer Seite eingehende Beachtung gefunden haben.

Die *malignen Nierentumoren* bilden eine der unbestrittenen Indikationen für die *Nephrektomie*.

Die Erfolge der *Operation* sind im Laufe der Jahre wesentlich besser geworden; die Mortalität ist von 61.22% (Gross) auf 24.44% (Küster) herabgegangen. Ueber den Procentsatz der Dauerheilungen sind wir leider noch sehr mangelhaft unterrichtet, da die meisten Operateure nur das direkte Operationresultat mittheilen, über das weitere Schicksal der Kranken aber nur selten berichten.

Ehe wir auf die zahlreichen casuistischen Mittheilungen eingehen, mögen erst einige diagnostische Arbeiten Erwähnung finden.

Pawlik (162) macht von Neuem auf gewisse *Nierengeschwülste* aufmerksam, die gegenüber jenen, bei denen die ganze Niere in einen Tumor verwandelt ist, wenigstens in *diagnostischer Beziehung* eine besondere Stellung verdienen. Diese besondere Form ist dadurch bedingt, dass nur ein grösserer oder kleinerer Theil der Niere in einen cystischen oder soliden Tumor umgewandelt ist, *während die übrige Niere ihre richtige Bohnenform behält und wie eine Kappe dem Tumor aufsitzt.* Dieses Merkmal hat insofern Werth, als es einen fraglichen Bauchtumor direkt als der Niere angehörig kenntlich macht. Die bekannten Beziehungen zum Colon ascendens oder descendens kennzeichnen einen Tumor nur als retroperitonäalen, ihr Nachweis ist ausserdem nicht immer möglich, wenn der Dickdarm nach innen verschoben und vom Dünndarm überdeckt ist. Die seitliche Lagerung des Tumors, an einer der normal gelegenen oder gesenkten Niere entsprechenden Stelle, die Vorwölbung der Lendengegend kommen auch anderen Tumoren zu. Fehlen nun, wie es häufig genug der Fall ist, charakteristische Veränderungen an der Nierensekretion, die uns zwingen, den vorhandenen retroperitonäalen Tumor als der Niere angehörig zu deuten, so ist die Diagnose auf Nierentumor auf schwache Füsse gestellt. Wenn sie sich bei der Operation bewahrheitet, so ist das nur darauf zurückzuführen, dass eben Nierentumoren am häufigsten die erwähnten Verhältnisse darbieten.

Auf Grund eines anatomischen Befundes glaubt Leguen (152), dass die *bei Nierentumoren* häufig beobachtete *symptomatische Varicocele* dadurch entsteht, dass die in Folge der Geschwulstbildung vergrösserten Lymphdrüsen auf die Venae spermaticae drücken, und zwar an ihrer Ursprungstelle aus der V. renalis, bez. V. cava. Die Varicocele würde demnach nicht nur diagnostischen, sondern namentlich auch *prognostischen Werth* besitzen, indem sie auf eine Erkrankung der Lymphdrüsen hinweist.

Rovsing (163) hebt hervor, dass die bisher nach der Exstirpation *maligner Nierentumoren* erreichten Dauererfolge noch sehr gering sind, und sieht den Grund hierfür vornehmlich in den grossen Schwierigkeiten der *frühzeitigen klinischen Diagnose einer bösartigen Nierengeschwulst.*

Die Erfahrungen, die R. in dem unter Bloch's Leitung stehenden Kopenhagener Friedrichhospitale gesammelt hat, sind folgende:

1) *Fälle, in denen die palpable Geschwulst erstes und einziges Symptom war.*

45jähr. Frau. Rechts *Nierensarkom.* Lumbale *Nephrektomie. Tod* im Operationcollaps.

41jähr. Frau, fast moribund aufgenommen. Rechts *Nierentumor.* Keine Operation. *Tod. Sektion: Doppelseitiges multilokuläres Nierenkystom.*

2) *Fälle mit Hämaturie und palpablem Tumor.*

33jähr. Mann. Seit 13 Monaten mehrere Anfälle von Hämaturie. Linke Niere vergrössert. Nephrolithiasis? Extraperitonäale *Nephrektomie. Rundzellensarkom. Heilung. Nach 3 Jahren lokales, inoperables Recidiv. Tod.*

45jähr. Fräulein. Seit 3 Jahren zeitweise Hämaturie. Rechts Nierentumor. Lumbale *Nephrektomie.* Spindelzellensarkom. *Tod* 2 Tage nach der Operation an Erstickung durch Hineingelangen erbrochener Massen in den Kehlkopf.

42jähr. Frau. Vor 6 Monaten schwere Hämaturie. Rechts Nierentumor. Lumbale *Nephrektomie.* Spindelzellensarkom. *Tod* 2 Stunden nach der Operation.

3) *Fälle mit Hämaturie ohne palpable Nierengeschwulst.*

65jähr. Mann. Seit $4^1/_2$ Jahren Anfälle von Hämaturie und Nierenkolik. Kein Abgang von Gries oder Concrementen. Dagegen enthielt der Urin öfters mehr oder weniger spindelförmige Zellen und stark fettig degenerirte Rundzellen. Kein Tumor. Bei längerer Untersuchung zeigte sich die Harnstoffmenge ganz gleichmässig auf ein Drittel der normalen herabgesetzt. R. zog hieraus den Schluss, dass *beide* Nieren krank seien; keine Operation. *Tod* mehrere Monate später an *Spindelzellensarkom beider Nieren.*

39jähr. Mann. Vor einigen Monaten länger dauernde Hämaturie. Im Urin einzelne Spindelzellen. Kein Tumor. *Rechts Lumbalincision:* Niere etwas vergrössert, sonst normal. Am unteren Ende eine nussgrosse Cyste mit serösem Inhalte. Spaltung. *Links Lumbalincision:* vom oberen Nierentheile ausgehende höckerige Geschwulst. *Nephrektomie. Spindelzellensarkom. Heilung* noch $1^1/_4$ J. nach der Operation festgestellt.

Die Betrachtung der vorliegenden Fälle bekräftigt in hohem Grade die mehr und mehr durchdringende Auffassung, dass hinsichtlich der Aussicht der Chirurgie auf Erfolg bei bösartiger Nierengeschwulst die Diagnose künftig in einem weit früheren Stadium der Krankheit zu stellen sei, als es in den meisten bisher veröffentlichten Fällen geschehen ist. Der verbesserten Palpation (Israel) schreibt R. nicht den Werth zu, wie andere Autoren. Denn ob ein bösartiger Nierentumor in einigermaassen frühem Stadium palpabel ist, hängt in der Hauptsache davon ab, ob sich der Tumor im unteren Theile der Niere entwickelt. In vielen Fällen nimmt die Geschwulst ihren Ausgang vom oberen Nierenpole, und es können sich nach oben hin in die subdiaphragmatische Gegend colossale Geschwülste entwickeln, ohne dass die Niere, geschweige denn die Geschwulst palpabel wird. Der durch renale Hämaturie begründete Verdacht auf einen bösartigen Nierentumor darf durch ein negatives Palpationergebniss nie geschwächt werden. Eine frühe Diagnose ist nur in Fällen möglich, die mit Schmerzen und Hämaturie auftreten. *Diagnostische Anhaltepunkte* geben hier: 1) Sorgfältige Untersuchung der anamnestischen Verhältnisse; 2) genaue und wiederholte mikroskopische Unter-

suchung des steril aufgefangenen und centrifugirten Urins — Nachweis von Formelementen —; 3) Palpation in Narkose; 4) Cystoskopie; 5) direkte Nieren-Exploration mittels einfacher oder doppelseitiger Lumbalincision. Die grösste Bedeutung legt R. den Mitteln unter 1) 2) und 5) bei.

Ein sehr wichtiges Hülfsmittel zur Bestimmung des Verhaltens der anderen Niere ist die *quantitative Harnstoffbestimmung* mittels des *Esbach*'schen *Urometer*. Ist die Harnstoffausscheidung wesentlich herabgesetzt, so ist jedenfalls nur noch wenig gesundes Nierengewebe übrig, und man wird lieber nicht operiren.

Jordan (146) berichtet im Anschlusse an die Herczel'sche Statistik (vgl. Jahrbb. CCXXXVI. p. 200) über 9 weitere, in der Czerny'schen Klinik ausgeführte *Nephrektomien wegen maligner Tumoren*. Während von den 12 früher operirten Kranken 9 dem Eingriffe als solchem erlagen, haben die letzten 9 operirten Kranken die Exstirpation der Niere gut ertragen (75%: 0% Mortalität!). Der Hauptgrund für diese auffallende Besserung der Resultate liegt wohl zum grössten Theile in der Vervollkommnung der Technik, der fast ausschliesslichen Anwendung der extraperitonäalen Schnittmethode, endlich in der Vermeidung einer Schädigung der zurückbleibenden Niere durch die beschränkte Anwendung antiseptischer Mittel.

8 Kranke wurden mit dem Czerny'schen *Lumbalschnitte operirt*; nur in einem Falle, in dem neben der Nierengeschwulst eine diagnostisch unklare Vergrösserung der Gallenblase bestand, wurde die Laparotomie vorgenommen.

Von den 12 Kranken, über die Herczel berichtet hat, überlebten 3 die Operation; doch auch diese gingen $^1/_2$, $1^1/_2$ und 2 Jahre nach der Operation an Recidiv, bez. Metastasen zu Grunde.

Die von Jordan mitgetheilten Fälle sind folgende:

13monat. *Knabe*. Sarkom. *Tod* nach 3 Monaten an Metastasen.

3jähr. *Mädchen*. Sarkom. *Tod* nach 1 Jahr 10 Mon. an Metastasen.

33jähr. *Mann*. Angiosarkom. *Tod* nach 7 Monaten an Metastasen. Bei diesem Kranken war $2^1/_4$ Jahre früher die partielle Nephrektomie vorgenommen worden.

28jähr. *Mann*. Angiosarkom. *Tod* nach $2^3/_4$ Jahren an Metastasen.

44jähr. *Mann*. Angiosarkom. *Heilung noch nach $5^1/_4$ Jahren bestehend*.

48jähr. *Frau*. Angiosarkom. Transperitonäale Nephrektomie. *Tod* nach $3^1/_2$ Monaten an Metastasen.

45jähr. *Mann*. Cystadenoma proliferans. *Heilung noch nach $1^1/_2$ Jahren*.

50jähr. *Frau*. Angiosarkom. *Tod* nach 5 Monaten an Metastasen.

44jähr. *Mann*. Angiosarkom. *Tod* nach $3^1/_2$ Monaten an Metastasen.

Grunow (141) beschreibt 4 von Riedel ausgeführte *Nephrektomien* wegen *Geschwulstbildung*: 3 Carcinome, 1 alveoläres Sarkom. Wegen der Grösse der Geschwulste wurde *intraperitonäal* operirt. In 2 Fällen war die Geschwulst sehr beweglich (Geschwulstbildung in einer Wanderniere?). 1 Kr. starb 6 Wochen nach der Operation unter hydropischen Erscheinungen, 1 Kr. $1^3/_4$ Jahre später an Recidiv. 2 Kr. waren $^1/_2$, bez. $1^1/_2$ Jahre nach der Operation gesund.

Bittner (130) berichtet aus der C. Bayer'schen chirurg. Abtheilung über einen Fall von linksseitigem *Nierensarkom* bei einem *3jähr. Mädchen*. *Transperitonäale Nephrektomie*. Drainage, Naht. Obwohl das Colon descendens bei der Operation auf eine ziemlich lange Strecke seines Mesenterium beraubt worden musste, trat keine Darmgangrän ein. In den ersten Tagen nach der Operation urämische Erscheinungen. *Heilung*. Der Tumor erwies sich als ein *Sarkom* mit verschieden gestalteten, meist spindelförmigen Zellen.

Bayer hat in den letzten Jahren noch 3 Kinder mit *malignen Nierentumoren* operirt:

7 Monate alter Knabe. Adenocarcinoma ren. dextr. *Transperitonäale Nephrektomie*. *Heilung*. 1 Jahr später *Tod* an Lebermetastasen.

2jähr. Knabe. Sarcoma ren. dextr. *Transperitonäale Nephrektomie*. *Tod* 3 Tage post operationem.

6jähr. Knabe. Sarcoma alveolare ren. dextr. *Transperitonäale Nephrektomie*. *Heilung*. *Tod* 1 Jahr später an Pleurametastasen. (Dieser Fall ist von Kopal [150] näher beschrieben worden.)

Ulrich (170) hat in einer unter Hanau's Leitung gearbeiteten Dissertation eingehende *anatomische und pathologisch-anatomische Untersuchungen über ganz und partiell verlagerte und accessorische Nebennieren, über die sogen. echten Lipome der Nieren und über die von der Nebenniere abgeleiteten Nierengeschwülste* angestellt, deren Bedeutung bereits an anderer Stelle gewürdigt worden ist.

Von besonderem chirurgischen Interesse sind drei *Nephrektomien wegen Struma suprarenalis aberrans maligna*.

1) 54jähr. Bote. Seit 20 Jahren Schmerzen im Rücken und in der linken Nierengegend. Seit $1^1/_2$ Jahren zeitweise Hämaturie. Geschwulst in der linken Nierengegend. *Lumbale Nephrektomie* (Fonror in St. Gallen). Kothfistel. *Heilung*. Der Kr. war nach 5 Monaten noch vollkommen gesund.

2) 54jähr. Kranker. Seit 1 Jahr Hämaturie, seit mehreren Monaten Geschwulst in der rechten Nierengegend. *Lumbale Nephrektomie* (Feurer). *Heilung* mit kleiner Fistel. Pat. nach $1^1/_2$ Jahren noch kräftig und wohl.

3) 47jähr. Frau. Seit einigen Jahren verstärkte Periode; seit einigen Wochen zeitweise Schmerzen in der rechten unteren Bauchpartie. In der rechten Bauchseite kindskopfgrosser, leicht beweglicher Tumor. Diagnose unsicher. *Probelaparotomie*. *Rechtsseitiger Nierentumor*. *Transperitonäale Nephrektomie* (Fritzsche, Glarus). Kindskopfgrosser, vollständig abgekapselter Tumor. *Heilung über 7 Jahre festgestellt*.

Wir schliessen an diese letzte Beobachtung gleich mehrere weitere Fälle, in denen die operirten Kranken *längere Zeit nach der Nephrektomie recidivfrei* gefunden wurden.

Lennander hat *aus dem linken Nierenbecken* eines 28jähr. Mannes ein Stück einer *weichen Neubildung* exstirpirt. Die *mikroskopische* Untersuchung von Sundberg ergab ein *Adenocarcinom*. *Nephrektomie*. *Nach 5 Jahren kein Recidiv*.

Karowski (149): 37jähr. Frau mit *Struma suprarenalis accessoria sinistra*. Retroperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung über 2 Jahre bestehend*.

Malcolm (155) hat am 15. Nov. 1892 bei einem noch nicht 2 Jahre alten Kinde ein *malignes Nierenadenom* entfernt (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 201). Das Kind ist bisher *2 Jahre 4 Monate* nach der Operation gesund und munter. M. erwähnt noch zweier Fälle von

Abbe (New York), der ein 2jähr. und ein 14monat. Kind wegen *Nierenneoplasma* (welcher Art?) operirte. Das eine Kind war noch *3 Jahre*, das andere *$2^1/_2$ Jahre nach der Operation* recidivfrei.

Swift (166) operirte einen 47jähr., phthisisch belasteten Kr., der eine kleincocosnussgrosse Geschwulst in der rechten Nierengegend hatte. *Abdominale Nephrektomie. Heilung.* Die Geschwulst erwies sich als ein vollkommen abgekapseltes, von der unteren Partie der rechten Niere ausgehendes *Carcinom.* Pat. war *18 Mon. nach der Operation noch vollkommen gesund.*

Ref. hat in seiner 2. Mittheilung über *„die Grenzen der Nierenexstirpation“* (88) 26 Fälle von *„Dauerheilungen“* zusammengestellt. Die Fälle betrafen 17 Erwachsene und 7 Kinder. Die Kranken waren 2—9 Jahre lang *recidivfrei* gefunden worden.

Bloch (131) hat bei einem 13jähr. Knaben die *untere Hälfte der rechten Niere wegen Neubildung resecirt* und die Schnittfläche der Niere mittels 6 Catgutnähten vereinigt. Verzögerte *Heilung.* Die mikroskopische Geschwulstdiagnose ist nicht ganz sicher. Bl. nimmt ein *Adenom* an mit verschiedenen, durch Blutungen entstandenen Degenerationen. Andere Untersucher stellten die Diagnose auf Adenosarkom mit myxomatöser Degeneration, bez. auf papilliformes Cystadenom mit Uebergang in Carcinom. Pat. war 11 Monate nach der Operation noch gesund.

Bl. hat sich in diesem Falle mehr von der *klinischen Diagnose* leiten lassen. Der Knabe litt seit $2^1/_2$ Jahren an zeitweiser Hämaturie, war sonst gesund und kräftig. Die Geschwulst war streng umschrieben, das zurückbleibende Nierengewebe machte einen gesunden Eindruck.

[Ob Bl. Recht hatte, bei seinem Kranken die totale Nephrektomie durch die partielle Exstirpation zu ersetzen, muss der weitere Verlauf lehren. Die Erfahrungen, die Czerny gemacht hat, sprechen *gegen* Bloch.]

Die folgenden Fälle betreffen *operativ behandelte Nierenbecken-Tumoren.*

Bottle (126) behandelte einen 51jähr. Kr., der schon seit Jahren an *linksseitiger Steinniere* litt. Vor 6 Jahren Abgang von Concrementen durch die Harnröhre, der sich seitdem noch mehrmals wiederholte. Häufige schwere Hämaturien. Blase frei; Nieren nicht vergrössert; Nierenkoliken nur links. Linksseitige *lumbale Nephrolithotomie.* Entfernung mehrerer kleiner Steine. Die Untersuchung des Nierenbeckens ergab im unteren vorderen Winkel eine weiche zottige Masse, die mit dem scharfen Löffel leicht und anscheinend vollkommen entfernt werden konnte. Drainage des Nierenbeckens, Naht, *Heilung.* Die pathologisch-anatomische Diagnose der entfernten Geschwulstmassen lautete auf *„squamous carcinoma“.*

$^3/_4$ Jahre später wurde der Kranke wieder aufgenommen, nachdem er schon seit Monaten wieder an schweren Hämaturien ohne Schmerzen gelitten hatte. *Lumbale Nephrektomie. Heilung.* Pathologisch-anatomische Diagnose: *Papillom des Nierenbeckens.*

Israel (147) behandelte einen 52jähr. Kr., der zu wiederholten Malen von profusen Nierenblutungen befallen worden war. Die Cystoskopie ergab das Freisein der Blase, gewährte aber keinen Aufschluss darüber, welche Niere als die kranke angesehen werden musste. Die Palpation der Nieren gelang sehr leicht: keine Vergrösserung, keine Empfindlichkeit. Nur die rechte Niere zeigte zu verschiedenen Zeiten eine verschiedene Consistenz, ein Verhalten, das Isr. als einen wechselnden Füllungszustand des Nierenbeckens deutete. Im Harnsedimente reichliches, gekörntes Epithel. Freilegung der rechten Niere; daselbst befand sich *im Nierenbecken ein haselnussgrosser Geschwulstzapfen. Lumbale Nephrektomie. Heilung.*

Levi und Claude (153) berichten über eine 44jähr. Kranke, die seit 6 Wochen über zunehmende Schmerzen in der rechten Bauchseite klagte. Der Urin wurde öfters gelassen, war aber normal. Rechte Niere etwas beweglich und auf Druck empfindlich; keine Vergrösserung nachweisbar.

Operation (Tuffier): Explorative Freilegung der Gallenblase; keine Abnormitäten; Schluss der Wunde. *Lumbale Freilegung der rechten Niere.* Sie zeigte auf der Rückseite des untersten Theiles eine nussgrosse, harte, vollkommen abgekapselte *Geschwulst,* die sich bei Compression des Nierenstieles ohne Blutung ausschälen liess (*partielle Nephrektomie*). Naht der Nierenwunde, Drainage, *Heilung.* Die Geschwulst erwies sich als ein von normalem Nierengewebe umgebenes, *hämorrhagisches Adeno-Epitheliom der Niere.*

Miknlioz (157): 56jähr. Frau mit linksseitiger, renaler Hämaturie. Linke Niere etwas vergrössert. Probeincision: an der blossgelegten Niere waren keine pathologischen Veränderungen nachweisbar. Eröffnung des ganzen *Nierenbeckens* durch Sektionsschnitt. Das Becken war zum grossen Theile von einer ausserordentlich weichen, stark blutenden, zottigen Gewebemasse austapezirt. *Typisches Papillom des Nierenbeckens. Nephrektomie. Heilung.*

Tuffier (168) behandelte einen 65jähr. Kr., der seit 3 Monaten plötzlich an schwerer Hämaturie und Schmerzen in der rechten Lendengegend erkrankt war. Daselbst fand sich eine von der Niere ausgehende Anschwellung. Bei strenger Bettruhe verminderte sich die Hämaturie, gleichzeitig kam es dabei zu einer Vergrösserung der Nierengeschwulst (Retention von Blut in der Niere).

Lumbale *Nephrektomie.* Nierenkapsel stark vaskularisirt, Niere um das Doppelte vergrössert, in der Mitte fluktuirend. Incision der Niere am convexen Rande; Entleerung einer grossen Menge dunklen, mit Gerinnseln vermengten Blutes. Nierenbecken stark erweitert, in seinem Niveau eine nussgrosse, unregelmässige Neubildung. Exstirpation der Niere. *Heilung.* 7 Wochen nach der Operation *Tod* unter den Symptomen einer Bronchopneumonie. Sekundäre Carcinomknoten in der Leber. Die Untersuchung der exstirpirten Niere ergab, dass es sich um eine *intermittirende Hämatonephrose in Folge eines im Nierenhilus sitzenden Epithelioms* gehandelt hatte. Letzteres hatte wahrscheinlich zuerst zu einer Hydronephrose und dann durch andauernde Blutungen zu einer Hämatonephrose geführt. Zeitweise überwanden die Blutmengen das an dem Uretereingange sitzende Hinderniss und es kam zu Hämaturie mit gleichzeitiger Abschwellung des Tumor.

Nephrektomien bei Erwachsenen:

Anderson (125) *exstirpirte* bei einer 51jähr. Frau die *carcinomatös entartete linke Niere* von einem Schnitte in der linken Linea semilunaris aus. Bei der Kr. datirten die ersten Geschwulstanfänge 6 (!) Jahre zurück. Niemals Hämaturie. *Heilung.* [Wie lange?]

Bellati (127): 44jähr. Frau. Rechtsseitiger *Nierentumor* in einer beweglichen Niere. Hämaturie. Transperitonäale *Nephrektomie. Adenocarcinom. Heilung.*

Benneke (128): 51jähr. Mann mit *Struma suprarenalis* der rechten Niere. Retroperitonäale *Nephrektomie* (König). *Tod* am nächsten Tage. Cystische Entartung und Hydronephrose der anderen Niere.

65jähr. Mann mit *Adenom der rechten Niere.* Zeitweise starke Hämaturie. In der rechten Nierengegend eine harte kopfgrosse Geschwulst. Retroperitonäale *Nephrektomie* (König). *Tod* 5 Tage nach der Operation an hypostatischer Pneumonie, bez. an Insufficienz der anderen Niere in Folge von Epithelnekrose.

Bérard (129): Pat. erlitt vor 2 Jahren eine *Nierenquetschung.* Hämaturie, die sich seitdem alle 2—10 Tage

wiederholte. Entwickelung eines kindskopfgrossen Tumor. *Nephrektomie. Carcinom.* Ein in den Ureter sich erstreckender Geschwulstfortsatz wurde zurückgelassen (!).

Cullen (135): 49jähr. Frau mit rechtsseitiger *retroperitonäaler Geschwulst*, die sich innerhalb $^{1}/_{2}$ Jahres entwickelt haben sollte. *Laparotomie. Exstirpation.* Glatte *Heilung.* Der Tumor erwies sich als eine colossale *Struma sarcomatodes suprarenalis aberrans*; der grösste Theil der Niere war erhalten. Geschwulst und Niere hatten eine gemeinsame Kapsel.

Gotti (138): 62jähr. Frau. Rechtsseitiger *Nierentumor*, der sich wahrscheinlich im Anschluss an einen vor 8 Jahren stattgehabten Fall entwickelt hatte. Lumbale *Nephrektomie. Heilung.* Die Geschwulst erwies sich als ein *Abkömmling abgesprengter Nebennierenkeime.*

Israel (148): 49jähr. Dame, seit 6 Monaten intermittirende Hämaturie; Abgang von regenwurmartigen Blutgerinnseln. Niemals Nierenkoliken. Das Blut stammte aus der linken vergrösserten Niere. Diagnose: maligner Nierentumor. *Nephrektomie. Sarkom* im oberen Nierenpol, das nach dem Nierenbecken und bis in den Ureter durchgewachsen war.

Newman (160) berichtet über einen *primären Krebs der linken Niere* bei einem 56jähr. Kr., der 10 Jahre lang an *Nierensteinen* in eben dieser Niere gelitten hatte. Die *Sektion* ergab Dilatation des Beckens und der Kelche der linken Niere, die noch 6 Oxalatsteine enthielt. Der obere Theil der Niere war von einem Carcinom eingenommen.

Der 2. Fall war ein klinisch nicht nachweisbares *primäres Nierencarcinom*, das zu einer raschen Metastasenbildung in fast allen Körperorganen geführt hatte.

Nicolaysen (158): 59jähr. Kr. mit seit 2 Jahren bestehenden häufigen Harnblutungen, Schmerzen in der linken Seite. Zeitweise Harnverhaltung. Linke Niere vergrössert. *Hoher Blasenschnitt.* Die Blase enthielt zahlreiche feste Blutgerinnsel, war sonst normal. Das Blut kam aus dem linken Ureter. Blasennaht. 5 Tage später *lumbale Nephrektomie.* Beinahe die ganze Niere war von einer *bösartigen Geschwulst* eingenommen.

Nitze (159): 55jähr. Kranker. Seit längerer Zeit Hämaturie. Die Cystoskopie ergab ein blutiges, wurmförmiges Gerinnsel aus der rechten Harnleitermündung heraushängen. Freilegung der rechten Niere; diese lag völlig oberhalb der unteren Rippen, so dass sie trotz beträchtlicher Vergrösserung klinisch nicht nachgewiesen werden konnte. *Nephrektomie. Heilung.* Die Geschwulst erwies sich als *Sarkom.*

Paoli (161) hat ein *multilokuläres Cystom der Niere* (in Folge von Nierencarcinom) *extraperitonäal operirt*, das dann mehrmals Recidive im Bauchfell und in der Haut veranlasste, bis nach 5 Monaten der Tod erfolgte. P. ist der Ansicht, dass die Allgemeininfektion in Folge der Operation eintrat, und räth deshalb, jede Cyste zuerst an die Ränder der Hautwunde zu befestigen und dann erst nach aussen zu öffnen, damit, im Falle sie infektiöses Material enthält, dieses mit dem Bauchfell nicht in Berührung kommt.

Pawlik (162): 28jähr. Frau. Deutlich begrenzte feste *Geschwulst* in der rechten Bauchhälfte, die augenscheinlich von der Niere ausging. Die *Katheterisation* der beiden Nieren ergab einen unbedeutenden Unterschied zum Nachtheil der rechten Niere. Urin normal. Es musste also trotz der Geschwulst der allergrösste Theil des secernirenden Nierenparenchyms erhalten sein. Transperitonäale *Nephrektomie.* Die im untersten Nierenviertel entstandene, vom Nierengewebe selbst durch eine bindegewebige Kapsel deutlich geschiedene Geschwulst erwies sich als *kleinzelliges Spindelzellensarkom. Heilung* noch 7 Monate nach der Operation festgestellt.

Soudder (164) *entfernte* bei einer 22jähr. Frau, die im 3. Monate schwanger war, auf transperitonäalem Wege ein *cystisches Adenom*, das sich in einer *linksseitigen Wanderniere* entwickelt hatte. Die Schwangerschaft wurde durch die Nephrektomie nicht unterbrochen. Die Frau *genas* und gebar zur normalen Zeit ein lebendes Kind. Bemerkenswerth war in diesem Falle, dass die Punktionflüssigkeit der Geschwulst Gallenpigment enthielt, sowie dass im Urin kurz nach der Operation vorübergehend Zucker und Tuberkelbacillen (?) erschienen. Das cystische Adenom zeigte sich in theilweiser hyaliner Degeneration begriffen.

Tschirschwitz (167): Mann im mittleren Lebensalter mit fast mannskopfgrossem *Nierentumor.* Transperitonäale *Nephrektomie. Tod* nach einigen Tagen. Die Geschwulst erwies sich als ein *Plattenepithelkrebs*; im Nierenbecken sehr grosse Conkremente.

Nephrektomien bei Kindern.

Buchanan (133): Bei einem 9 Monate alten Kinde bemerkten die Eltern eine Geschwulst in der linken Bauchseite. Sie nahm allmählich an Grösse zu, überschritt die Medianlinie. Exstirpation, nachdem sie über 1 Jahr bestanden hatte. Die Geschwulst war zwischen die Blätter des Mesocolons hineingewachsen. Das äussere Blatt des Mesocolons wurde parallel dem Verlauf des Colon descendens gespalten, darauf das *Sarkom* aus dem peritonäalen Ueberzug herausgeschält, an seinem Stiel doppelt mit Seide unterbunden und *entfernt.* Die Blutung aus den durchschnittenen Gekrösgefässen war minimal; es bedurfte nur einer einzigen Ligatur. Für die Ernährung des Colons schien durch das eine noch mit ihm im Zusammenhang gebliebene Mesenterialblatt genügend gesorgt zu sein. Schluss der Bauchhöhle ohne Drainage. Vollständige *Heilung* nach 2 Wochen. [Weiterer Verlauf ?].

Coley (134): 5jähr. Mädchen mit grossem *Nierensarkom. Nephrektomie. Heilung* mit Fistel.

Dirner (136): 11jähr. Mädchen mit grossem, seit 2 Jahren bemerktem, rechtsseitigem *Nierentumor.* Transperitonäale *Exstirpation. Heilung.*

D. spricht den Tumor als ein aus cystadenoidem und Chondrom-Gewebe aufgebautes *Teratom* an.

F. Fischer (137): 3jähr. Mädchen. Linkseitiger grosser *Nierentumor*, Urin normal. Extraperitonäale *Nephrektomie. Heilung.* Der Tumor erwies sich als ein *Rhabdo-chondromyosarcoma striocellulare ren. sinistri.* Mehrere Monate später *lokales Recidiv*, wahrscheinlich vom Ureterstumpf ausgehend. Operativer Eingriff verweigert.

Graser (140): 3jähr. Knabe mit linkseitigem *Nierensarkom.* Extraperitonäale *Nephrektomie. Tod* an Urämie. Rechte Niere normal.

Hanshalter (142): *Carcinom der linken Niere* bei einem 9jähr. Knaben. Niemals Hämaturie, dagegen starke Albuminurie. Klinische Diagnose: Bauchfelltuberkulose. *Tod.* Ein Geschwulstpfropf war in die linke Nierenvene und von da in die V. cava inf. gewandert, hatte diese völlig verlegt und zu einer Geschwulstembolie in den Lungen geführt.

Heinlein (143): $^{1}/_{2}$jähr. Kind. Transperitonäale *Exstirpation.* Die andere Niere war bei der Palpation anscheinend normal. Nach 3 Tagen *Tod* durch Urämie und katarrhalische Pneumonie. Oberer Pol der rechten Niere ebenfalls von einer Krebsneubildung eingenommen.

$1^{1}/_{4}$jähr. Knabe. Kleinzelliges *Rundzellensarkom der rechten Niere.* Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung* bisher $^{3}/_{4}$ Jahr lang beobachtet. (Dieser Fall ist auch ausführlich von Goerl [139] beschrieben worden.)

v. Hippel (145): 15jähr. Mädchen. Seit 2 Jahren gänseeigrosse verschiebliche Geschwulst in der rechten Seite. Niemals Hämaturie. Diagnose: *Sarkom der rechten Niere.* Extraperitonäale *Nephrektomie* (Poppert). Kindskopfgrosse Geschwulst des unteren Nierenpoles. *Alveoläres Rundzellensarkom. Heilung.* Vorübergehende starke Reizung der zurückgebliebenen Niere, wohl durch den zur Narkose verwendeten Aether bedingt.

Leuwers (151) *exstirpirte* bei 2 Kindern nach Laparotomie ein *Nierensarkom.* Keine Hämaturie. Die Diagnose war auf Grund des retrocökalen Sitzes der Ge-

schwulst gestellt worden. In beiden Fällen trat nach ³/₄ Jahre *Tod an Recidiv* ein.

Werder (173): 25 Monate altes Mädchen mit linksseitiger *maligner Nierengeschwulst. Nephrektomie. Heilung.* Der Tumor erwies sich als ein *Rhabdomyosarkom.*

Willems (174): 4jähr. Mädchen mit sehr grossem *Sarkom der linken Niere.* Die *Exstirpation* mittels Pean'schen *Transversalschnittes* gelang erst, nachdem entlang dem M. rectus noch eine Längsincision hinzugefügt worden war. *Tod* 4 Stunden post operationem. Nach Versuchen, die W. an der Leiche anstellte, gewährt zwar der *Transversalschnitt* sehr viel Raum, jedoch wird in vielen Fällen die Hinzufügung einer Längsincision nicht zu umgehen sein.

Von bemerkenswertheren *pathologisch-anatomischen Befunden* seien folgende erwähnt.

Breck (132) konnte die 12 Pfund schwere *Nierengeschwulst* eines 3¹/₂jähr. Knaben, der innerhalb weniger Monate gestorben war, pathologisch-anatomisch genau untersuchen. Der Tumor erwies sich als ein *Rhabdomyom.* Bisher sind nun 68 solcher Fälle bekannt.

Semb (165) fand bei einem *todtgeborenen Knaben* die ganze linke Hälfte der Unterleibshöhle von einer Geschwulst angefüllt, die sich als ein *vom Nierengewebe ausgehendes Rundzellensarkom* erwies. Auffallend war der gute Ernährungzustand der Frucht bei einer so grossen bösartigen Neubildung, sowie das Fehlen von Metastasen.

Tuttle (169) giebt die *pathologisch-anatomische* Beschreibung einer Anzahl von *Nierentumoren,* zum Theil solcher, die während des Lebens keine Erscheinungen gemacht hatten und zufällig bei der Sektion gefunden wurden (kleine Lipome, Fibrome, alveoläre und papilläre Adenome), zum Theil solcher, die wegen ausgesprochener Beschwerden exstirpirt werden waren (cystöses Papillom, Sarkeme).

Mc Weeney (171) giebt die ausführliche *mikroskopische Beschreibung* zweier durch Nephrektomie gewonnener *Nierengeschwülste* suprarenalen Ursprungs. Die Kranken waren eine 53jähr. und eine 38jähr. Frau.

Hekteen (144) beobachtete bei einer 50jähr. Frau ein *primäres Carcinom des rechten Ureters,* das zu Hydronephrose und Atrophie der rechten Niere geführt hatte. Die Geschwulst war kindskopfgross und erwies sich als Medullarcarcinem. (Fortsetzung folgt.)

C. Bücheranzeigen.

1. **Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane des Menschen und der Thiere**; von Prof. Ludw. Edinger. 5., stark verm. Aufl. Leipzig 1896. F. C. W. Vogel. Gr. 8. 386 S. mit 258 Abbild. (10 Mk.)

E.'s Buch ist im Laufe der Zeit mächtig gewachsen. Der 3. Theil etwa entspricht dem alten Buche. Der 1. Abschnitt „soll in den heutigen Stand der Grundanschauungen einführen". Er berücksichtigt auch, was früher nicht geschah, die Thätigkeit der Organe. Der 2. Abschnitt enthält eine vergleichende Anatomie des Centralnervensystems, eine Leistung, die dem Vf. ganz eigen ist. Sein Ziel ist die Auffindung „der Grundlinien des Hirnbaues".

Die 5. Auflage enthält 113 Abbildungen mehr als die 4!

Möge der Vf. weiterhin Freude an seinem Werk erleben. Möbius.

2. **Winke zur Diagnose der peripheren und centralen Nervenkrankheiten mit Hülfe der wichtigsten ophthalmologischen Untersuchungsmethoden**; von Dr. Ch. A. Oliver. Uebersetzt von Dr. Jul. Wolff. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Kl. 8. 48 S. (80 Pf.)

O. schildert die augenärztliche Untersuchung Nervenkranker, aber für wen? Der Augenarzt weiss doch das alles, die anderen Aerzte aber werden nach O.'s Beschreibung nicht ophthalmoskopiren u. s. w. lernen. Demnach dürfte zum Mindesten die Uebersetzung dieses Schriftchens überflüssig gewesen sein.

Im Einzelnen werden manche Curiositäten erwähnt, wichtigere Umstände nicht erwähnt. Die reflectorische Pupillenstarre wird gar nicht besprochen. Auf S. 25 steht eine falsche Definition von Argyll-Robertson's Zeichen. Dass Wernicke's Zeichen „von hervorragender diagnostischer Bedeutung" sei, kann man eigentlich nicht sagen. Auf S. 4 steht Pupille statt Papille. Möbius.

3. **Die Hysterie im Kindesalter**; von Dr. L. Bruns. (K. Alt's Sammlung I. 5 u. 6. 1897.)

B. giebt eine ganz vortreffliche Darstellung der Hysterie bei Kindern. Man kann ihm in allem beistimmen und es ist sehr zu wünschen, dass die practischen Aerzte, für die die Abhandlung bestimmt ist, sie wirklich lesen. Es kommt allzuoft vor, dass der Arzt durch Verkennung der Hysterie die Kranken schädigt und sich rettungslos blamirt. Freilich sind die eigentlich Schuldigen nicht die Aerzte, sondern die unterrichtenden „Männer der Wissenschaft", die bei ihrer Schwärmerei für anatomische Präparate die Hysterie gröblich vernachlässigen. Möbius.

4. **Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie**; von R. von Krafft-Ebing. Leipzig 1897. J. A. Barth. I. Heft. 165 S. (4 Mk. 50 Pf.)

K.-E. hat einen Theil seiner früheren Arbeiten neu bearbeitet, ergänzt, fortgeführt und bietet davon

das I. Heft dar. Es enthält eine Reihe von Aufsätzen über in Anfällen auftretende Störungen. Ausser einer kurzen Arbeit über Intermittens larvata finden wir eine aus 4 Anfsätzen bestehende Abhandlung „über transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage“. Es überrascht, dass der Vf. die Frage nicht erörtert, ob in einer Anzahl von Fällen nicht progressive Paralyse bestanden habe. Ein Aufsatz „über Beziehungen zwischen Neuralgie und transitorischer Psychose“ folgt. Zwei weitere Abhandlungen über Migräne werden an anderer Stelle eingehend besprochen werden.

Möge das II. Heft bald folgen. Möhins.

5. **Grundzüge der Irrenpflege für Studirende und Aerzte**; von O. Snell. Berlin 1897. G. Reimer. Kl. 8. 126 S. (2 Mk.)

Entsprechend der Versicherung des Autor, dass diese Arbeit im Jahre 1891 niedergeschrieben und Mitte September 1896 abgeschlossen worden sei, und nach dem Sprüchwort, „was lange währt, wird gut“, bietet das Büchlein, bescheiden nach Form und Umfang, in der That Anfängern, für die es ja geschrieben, eine gewiss willkommene und nützliche, jedenfalls empfehlenswerthe Uebersicht über den Betrieb einer Irrenanstalt (wie er sein soll) und über einige allgemeine Themata der Irrenpflege. Die Einleitung giebt eine kurze historische Darstellung der Entwickelung der Irrenpflege von ihren Anfängen bis auf die neue Zeit (bekanntlich ein sehr interessantes, doch sehr vernachlässigtes Capitel der Culturgeschichte).

Bresler (Freiburg i. Schl.)

6. **Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde**; herausg. von Prof. A. Eulenhurg. Wien und Leipzig 1896—1897. Urban und Schwarzenberg. XI—XII.

Rasch schreitet die 3. Auflage des grossen Werkes vorwärts. Bis jetzt sind 120 Lieferungen erschienen. Im 12. Bande finden wir wieder viele grössere Anfsätze, über Irrenstatistik, Kaiserschnitt, Karyokinese, Katheterismns, Keratitis, Keuchhusten, Kinderlähmung, Kleidung, Knochenkrankheitea, Krankenpflege u. s. w.

Möge die 2. Hälfte der ersten rasch folgen.

Redaktion.

7. **Ueber Schilddrüsentherapie und Jodothyrin**; von Dr. Ernst Roos. Freiburg i. B. und Leipzig 1897. Akadem. Verlagsbuchh. von J. C. B. Mohr. Gr. 8. 78 S. (1 Mk. 80 Pf.)

R. lässt uns in der kleinen hochinteressanten Schrift „die Stadien überblicken, welche in den experimentellen Untersuchungen und therapeutischen Versuchen mit der Schilddrüse durchlaufen worden sind“. Er führt kurz Alles das an, was die Entdeckung des Jodothyrins durch Baumann vorbereiten half und was beweist, dass das Jodothyrin wirklich der wirksame Bestandtheil der Schilddrüse ist. (Vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 17.) Dippe.

8. **Compendium der ärztlichen Technik**; von Dr. J. Schilling. Leipzig 1897. H. Hartung u. Sohn. Kl. 8. X u. 397 S. (8 Mk.)

Das Buch imponirt durch die Fülle seines Inhaltes. Den ersten Theil bilden die diagnostischen Methoden, einschliesslich der chemischen, mikroskopisch-bakteriologischen, sämmtlicher Spiegel-, Sonden- und Spritzen-Untersuchungen, der Untersuchung des Nervensystems. Der zweite Theil „therapeutische Methoden“ zerfällt in folgende Abschnitte: Elektrotherapie; Mechanotherapie; Hydrotherapie; respiratorische Therapie; Punktion und Aspiration; Injektion und Irrigation; Infusion und Transfusion; Impfung; Desinfektion, Sterilisation und Desodorisation; Anästhesirung; künstliche Respiration; kleine Chirurgie; Krankenpflege.

Selbstverständlich kann Vf. überall nur das Nothwendigste kurz anführen, er ist aber in seiner Kürze klar und gut zu verstehen. Mit den eingestreuten Bemerkungen über den Werth der verschiedenen Methoden sind wir nicht allenthalben einverstanden. Ebenso können wir ein Bedürfniss für das Buch nicht anerkennen, da es dem vor kurzem erschienenen Handbuch der ärztlichen Technik von H. Rieder (Jahrbb. CCXLVIII. p. 220) ganz gewiss nicht überlegen ist. Dippe.

9. **Handbuch der Gynäkologie**; in 3 Bänden herausgegeben von J. Veit in Leiden. I. Band. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 628 S. (13 Mk. 60 Pf.)

Nachdem über ein Decennium seit dem Erscheinen des Handbuchs der Frauenkrankheiten von Billroth und Lücke (1885—1886) vergangen ist, war die Herausgabe eines neuen auf der Höhe der gynäkologischen Fachwissenschaft stehenden Sammelwerks thatsächlich ein Bedürfniss. Das Erscheinen des von Veit herausgegebenen Handbuchs ist deshalb freudig zu begrüssen. Die einzelnen Theile sind von hervorragenden Fachgenossen bearbeitet, von denen Fritsch und Olshausen bereits an dem älteren Handbuch mitgewirkt hatten. Bei der ausgesprochenen Stellung, die die Vf. der einzelnen Theile des Handbuchs zu gewissen wissenschaftlichen Fragen einnehmen, ist es erklärlich, dass einzelne Abschnitte sehr subjektiv gehalten sind, jedoch durchaus nicht zum Nachtheil des Ganzen. Die Reihe der Mitarbeiter eröffnet Löhlein mit dem Capitel: Asepsis und Antisepsis in der Gynäkologie. Hierin ist dasjenige zusammengefasst, was sich sonst bei der Schilderung der Operationmethoden in den verschiedenen Theilen des Handbuchs wiederholen würde.

„Die Lage und Lageanomalien des Uterus und seiner Nachbarorgane“ hätten kaum einen bessern Bearbeiter finden können als den hervorragendsten Schüler B. S. Schultze's, O. Küstner, wenn auch nicht alle Ansichten der Jenenser Schule all-

gemein anerkannt sind, so z. B. die Erklärung für die Entstehung der Vorfälle. Dieser Widerspruch der Anschauungen tritt schon im nächsten Abschnitt (Erkrankungen der Vagina, bearbeitet von J. Veit) zu Tage. Auch dieser Theil des I. Bandes ist mustergültig dargestellt. Dankbar zu begrüssen ist eine umfassende Zusammenstellung der bisherigen Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung des Scheidensekrets, wenngleich auch die neuesten Forschungen noch keine übereinstimmenden Resultate ergeben.

„Die gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane" sind E. Bumm zur Bearbeitung zugefallen, der sich um die Lehre der Gonorrhöe hervorragende Verdienste erworben hat. Auch hier vertritt er natürlich seine Anschauung, dass die Gonorrhöe auch beim Weibe in der Regel nur ein oberflächlicher Process sei, dass gonorrhoische Vereiterungen im Bindegewebe und die Fortleitung der gonorrhoischen Erkrankung durch das Bindegewebe zu den Ausnahmen gehören. Hierauf hat sein bedeutendster Gegner, Wertheim, bereits mit einer Kritik in der Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie geantwortet. Im Uebrigen ist B.'s Arbeit eine vorzügliche Darstellung der Biologie des Gonococcus, unterstützt von trefflichen selbst entworfenen Zeichnungen mikroskopischer Präparate.

Im letzten Theil des I. Bandes schildert Nagel die Entwicklung und Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien in klarer und anschaulicher Weise, so dass auch diese anscheinend complicirten Verhältnisse auch demjenigen, der sich nicht mehr mit entwicklungsgeschichtlichen Fragen beschäftigt hat, leicht verständlich sein dürften.

Wenn, wie vorauszusehen, die folgenden Bände dem ersten ebenbürtig sein werden, so ist das Handbuch nicht nur den engeren Fachgenossen, sondern der Gesammtheit der Aerzte und der Studirenden dringend zum Studium zu empfehlen.

J. Praeger (Chemnitz).

10. **Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie**; redigirt und herausgegeben von Prof. Dr. Hildebrand in Berlin. I. Jahrg. *Bericht über das Jahr 1895.* Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. 8. 1315 S. (28 Mk. 60 Pf.)

In einem recht unhandlichen Bande von über 1300 Druckseiten liegt der I. Jahrgang des von H. Hildebrand zusammen mit einer Anzahl Fachgenossen herausgegebenen *Jahresberichtes über die Fortschritte auf dem Gebiete der Chirurgie* vor uns. Der Ende vergangenen Jahres erschienene Band enthält den Bericht über das Jahr 1895. „Absolute Vollständigkeit ist natürlich in diesem ersten Jahrgang nicht erreicht, wesentliches aber wohl kaum unerwähnt geblieben". Hoffentlich lassen Redakteur und Verleger die kommenden Jahrgänge in mehreren, kleineren Bänden erscheinen; wir werden dann nochmals eingehender auf das Werk zu sprechen kommen.

P. Wagner (Leipzig).

11. **Lehrbuch der speciellen Chirurgie**; von Prof. Dr. E. Albert in Wien. I. Band. Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. 8. 603 S. mit 317 Holzschnitten. (14 Mk.)

Das bisher in 4 Auflagen erschienene vierbändige Lehrbuch der Chirurgie und Operationlehre von Albert hat sich in ein *zweibändiges Lehrbuch der speciellen Chirurgie* umgewandelt. Bisher liegt nur der I. Band vor, der die Krankheiten des Kopfes, des Halses, der Wirbelsäule, der Brust und des Armes enthält. Nach Erscheinen des II. Bandes werden wir genauer auf dieses Werk eingehen.

P. Wagner (Leipzig).

12. **Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen**; von Prof. Dr. H. Helferich in Greifswald. Dritte gänzlich neubearbeitete Auflage. München 1897. J. F. Lehmann. Kl. 8. 280 S. mit 68 Tafeln u. 126 Fig. im Text von Maler *B. Keilitz.* (Geb. 12 Mk.)

Wenn ein streng wissenschaftliches Buch, wie der Helferich'sche Atlas und Grundriss der traumatischen Frakturen und Luxationen, *innerhalb 2 Jahren 3 Auflagen* erlebt, so erscheint jedes weitere Wort zu seinem Lobe überflüssig. Wir können nur die Studirenden beneiden, dass ihnen jetzt so ausgezeichnete und verhältnissmässig billige Hilfsmittel zu Gebote stehen. Für den praktischen Arzt aber, der nur selten in der Lage ist, sich grössere, theuere Werke, namentlich Atlanten anzuschaffen, bilden die Lehmann'schen medicin. Handatlanten mit ihren kurzgefassten Lehrbüchern ein ausgezeichnetes Mittel, seine Kenntnisse wieder aufzufrischen und sich in schwierigeren Fällen bei den wohlgelungenen Abbildungen Rath zu holen.

Die vorliegende dritte Auflage des Helferich'schen Atlas ist fast ein neues Buch geworden. Der Grundriss ist durch Zusätze und neue Abschnitte erweitert. Die vom Zeichner und Kunstmaler *B. Keilitz* angefertigten Tafeln sind sämmtlich neu, vielfach reicher ausgestattet und allerdings ganz unvergleichlich schöner als die in den beiden ersten Auflagen. Auch einige Röntgen-Tafeln sind hinzugekommen. Sämmtliche Tafeln und die neuen Textbilder, deren Zahl sehr vermehrt ist, sind unter H.'s Augen nach Originalpräparaten neu angefertigt.

Wir sind sicher, dass der Helferich'sche Atlas noch viele neue Auflagen erleben wird; das Buch verdient es auch nach jeder Richtung hin.

P. Wagner (Leipzig).

13. **Die Krankheiten der Harnwege.** *Klinische Vorlesungen aus dem Hôpital Necker. Semiologie, Diagnostik, Pathologie und Therapie;*

von J. C. Felix Guyon. Nach der 3. französischen Anflage mit Erlaubniss des Autors übersetzt und bearbeitet von Dr. O Kraus in Karlsbad und Docent Dr. O. Zuckerkandl in Wien. I. Band. Wien 1897. A. Hölder. 8. 449 S. mit 12 Fig. im Texte u. 13 Tafeln. (10 Mk.)

Guyon's berühmte klinische Vorträge über die Krankheiten der Harnwege, die bereits in 3. Auflage vorliegen, auch denjenigen zugänglich zu machen, die der französischen Sprache nicht recht mächtig sind, ist ein Verdienst, das wir den beiden Uebersetzern hoch anrechnen müssen. Der bisher erschienene I. Band enthält die *funktionellen Symptome* — Störungen in der Harnentleerung, Harnverhaltung, Incontinentia urinae — und die *pathologischen Veränderungen des Harns.*

Die äussere Ausstattung des Werkes, das wir nach Vorliegen des II. und III. Bandes eingehender besprechen werden, ist nach jeder Richtung hin ausgezeichnet. P. Wagner (Leipzig).

14. **Monatsberichte über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexual-Apparates**; herausgegeben von Dr. L. Casper und Dr. H. Lohnstein in Berlin. Berlin 1897. O. Coblentz. (Jahrg. 12 Hefte 16 Mk.)

Die im CCLI. Band der Jahrbb. (p. 212) angezeigten *Vierteljahresberichte* über die Gesammtleistungen auf dem Gebiete der Krankheiten des Harn- und Sexualapparates haben sich mit Beginn dieses Jahres in *Monatsberichte* umgewandelt und bringen auch Originalabhandlungen.

P. Wagner (Leipzig).

15. **Jahrschrift für Urologie und Syphilographie**; herausgegeben von Dr. M. Misiewicz. Jahrgang 1897. Warschau. (Polnisch.)

Von diesem neuen, unter Mitwirkung namhafter polnischer Specialisten in's Leben getretenen Fachorgane ist kürzlich der erste „Andrologie (Krankheiten der Männer)“ betitelte Band mit den Capitelüberschriften: Innervation, Sexualneurosen, Reflexneurosen, Infektion, gonorrhoische, tuberkulöse und prostatische Erscheinungen und allgemeine Therapie, sämmtlich aus der Feder des Herausgebers, zur Ausgabe gelangt. Er bringt eine erschöpfende, vielfach durch selbständige, z. Th. bereits anderweitig veröffentlichte Untersuchungen des Vfs. erweiterte Darstellung der einschlägigen Materie nach dem derzeitigen Stande unseres Wissens, mit ausgiebiger Verwerthung der fremdländischen Literatur und der eigenen reichen fachmännischen Erfahrung des Autor. Für einen folgenden Band ist die Bearbeitung des Diabetes, der extragenitalen Gonorrhöe, der Nieren- und Blasenkrankheiten u. s. w. in Aussicht genommen. Wir müssen hier leider mit Rücksicht auf den zu Gebote stehenden Raum von einer auszüglichen Wiedergabe dieser, wie wir gleich hinzufügen wollen, recht verdienstlichen und eine Lücke des heimischen Schriftthums ausfüllenden Arbeit absehen und uns damit begnügen, aus der Fülle des Inhalts nur einiges wenige herauszugreifen.

Der anatomische Theil beschäftigt sich mit des Vfs. Studien über Innervation der Substantia corticalis der Niere, denen zufolge die Nervenfäden, beim Uebertritt aus der Mark- in die Rindensubstanz knopfförmig sich erweiternd, in dieser letzteren selbst in Primitivfibrillen übergehen, die je eine Bertinische Säule geflechtartig umspinnen.

Als ein noch nicht beschriebenes, charakteristisches Symptom der Sexualneurasthenie werden blasse, kalte Hände und Füsse erwähnt. — Die spärliche Casuistik von angeborenem Penismangel bereichert Vf. um einen selbstbeobachteten, mit Kryptorchismus vergesellschafteten Fall. — Vf. tritt, gestützt auf eigene Casuistik und Thierversuche, für die Möglichkeit der Uebertragung der Tuberkulose durch den Coitus ein. — Ein besonderer Abschnitt ist Untersuchungen über den Einfluss verschieden temperirter Sitzbäder auf die Bauch- und Geschlechtsorgane gewidmet, woraus strikte Heilanzeigen abgeleitet werden.

V. Glass (Tomaszow, Russ.-Polen).

16. **Handbuch der Massage und Heilgymnastik für praktische Aerzte**; von Dr. Anton Bum. Wien u. Leipzig 1896. Urban u. Schwarzenberg. 8. VIII u. 443 S. mit 172 Holzschnitten z. Th. nach photograph. Momentaufnahmen. (10 Mk.)

Das Handbuch kann denjenigen praktischen Aerzten, die sich über die Technik, die Wirkungsart und die Anwendung der Massage und der Heilgymnastik unterrichten wollen, auf's Wärmste empfohlen werden. B. ist, wie er selbst sagt, ein überzeugungstreuer Anhänger, aber keineswegs ein blinder Enthusiast der Mechanotherapie. Der Inhalt des Buches straft B. nicht Lügen. Er schreibt klar, nüchtern und wissenschaftlich, dabei jedoch sehr ansprechend und anregend. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und einen speciellen Theil. Ersterer enthält ausser einleitenden und historischen Bemerkungen die Technik, die physiologische Wirkung und die allgemeinen Anzeigen und Gegenanzeigen der Heilgymnastik und der Massage, schliesslich die Verwerthung dieser Dinge in der Diagnostik. Der specielle Theil beschäftigt sich eingehend mit der Anwendung der Mechanotherapie bei den einzelnen, nach Organen gruppirten Erkrankungen. Zu diesem Theile hat B. einige besonders sachkundige Mitarbeiter hinzugezogen. Der Abschnitt über Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten ist von C. Laker in Graz, der über Augenkrankheiten von S. Klein in Wien und der über Ohrenkrankheiten von A. Eitelberg in Wien bearbeitet worden.

Ein ziemlich umfängliches Literaturverzeichniss, ein Autorenverzeichniss und ein Sachregister vervollständigen das Buch. Die Ausstattung ist eine sehr gute. Möge das schätzenswerthe Werk dazu beitragen, der bei zahlreichen Krankheitzuständen so bedeutungsvollen Mechanotherapie unter den Aerzten neue Freunde zuzuführen.

Ramdohr (Leipzig).

17. **Notizen zur Anatomie und Physiologie der Orbita**; von Dr. Königstein in Wien. (Sond.-Abdr. aus: „Beitr. z. Augenhkde. XXV. 1896“).

Unter dem unscheinbaren Titel „Notizen“ ist in der vorliegenden Abhandlung eine so vortreffliche, leicht verständliche Beschreibung der Orbita in den verschiedenen Lebensaltern, ihrer Verbindung mit der Umgebung und des ganzen periocularen Inhaltes der Augenhöhle gegeben, dass wir dieses Heft der Beiträge zur Augenheilkunde jedem Arzte sehr empfehlen. Einzelne Bemerkungen über die Periorbita, die Fascien, Muskeln, und das Septum orbitale erlangen eine grössere praktische Wichtigkeit für den Operateur, besonders bei Schieloperationen und Ptosisoperationen.

Lamhofer (Leipzig).

18. **Die Farbenblindheit und ihre Diagnose**; von Dr. M. Ohlemann in Minden. Braunschweig 1897. J. H. Meyer. 8. 18 S. (2 Mk.)

Auf wenigen Seiten hat der Vf. die Geschichte der Farbenblindheit, die verschiedenen Arten der Farbenblindheit und die zur Diagnose nöthigen Prüfungsmittel klar und sachlich zusammengestellt, sodass das Büchlein jedem Arzte zu empfehlen ist. Das Buch enthält auch eine Tafel mit dem Spektrum, wie es dem normalen, dem roth-, grün- und vollständig farbenblinden Auge erscheint. Druck und Ausstattung sind musterhaft.

Lamhofer (Leipzig).

19. **Das Sehen der Schielenden**; von Prof. Alfred Gräfe in Halle. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. 41 S. (1 Mk. 60 Pf.)

Die lehrreiche Abhandlung G.'s über das Sehen der Schielenden enthält in sechs kurzen Abschnitten soviel des Wichtigen in physiologischer und praktischer Hinsicht, dass ein kleiner Auszug in einem Berichte als kaum möglich erscheint.

G. bespricht im I. Abschnitte die physiologischen Vorgänge des Sehens, die bei Lokalisirung der Objekte bestimmend sind, sowohl im normalen Auge, als auch dann, wann Störungen in dem Mechanismus der Augenbewegung vorliegen. Im II. Theile beweist G., dass das Schielen nicht auf einer Innervationstörung beruhe, sondern auf einer, wenn auch nicht immer anatomisch nachweisbaren Verkürzung des Muskels. Auch müssen bei diesem muskulären Strabismus Doppelbilder auftreten, deren Nachweis in früher Kindheit nur selten möglich ist. Im III. Theile bespricht G. die beim Strabismus vorhandenen Störungen und die Umformung des binocularen Sehens, die regionäre und die absolute Exclusion des Netzhautbildes des schielenden Auges, die Vertheilung der Exclusion auf beide Augen, den Werth des Einflusses seelischer Umstände, wie er beim Sehen in der Aufmerksamkeit liegt. Im IV. Abschnitte wird gezeigt, dass beim Schielenden nicht nur durch die Exclusion des einen Netzhautbildes Einfachsehen erreicht werden könne, sondern auch durch Bildung neuer Netzhaut-Identitätverhältnisse — Netzhautincongruenz. Es werden dadurch die simultanen Netzhauterregungen beider Augen, sowohl die maculare des central fixirenden, als auch die excentrische des abgewichenen Auges doch in gleicher Weise nach dem Objektpunkte zurückgeleitet, von dem sie ausgingen. Die Einzelbilder werden hier zur Verschmelzung kommen, und so wird Doppeltsehen nicht mehr stattfinden. Im V. Abschnitte wird die bekannte schiefe Kopfhaltung beim muskulären und paralytischen Schielen als die Stellung erklärt, die dem Schielenden zur Vermeidung von Doppelbildern am bequemsten ist. Im VI. Abschnitt zeigt G., dass die Schwachsichtigkeit des schielenden Auges nicht eine Folge der Schielstellung sei, nicht vom Nichtgebrauche (ex anopsia) des schielenden Auges herrühre, sondern schon vor dem Schielen vorhanden sei. Angebliche Besserungen des Sehvermögens nach der Schieloperation sind auf eine ungenaue Sehprüfung vor der Operation zurückzuführen.

Lamhofer (Leipzig).

20. **Die medicinische und operative Behandlung kurzsichtiger Störungen**; von Prof. Dr. Mooren. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. 135 S. (3 Mk. 60 Pf.)

In einem trefflich ausgestatteten Buche hat M. auf Grund einer ungemein reichen klinischen Erfahrung eine Ansicht über Entstehung und Entwickelung der Kurzsichtigkeit, über deren Folgen und über deren Behandlung dargelegt, und dies, wir möchten das eigens hervorheben, in einer so leichtverständlichen Art und in einer Form der Sprache, die von der gewöhnlichen ledernen Schreibweise in wissenschaftlichen Abhandlungen so angenehm abweicht, dass jeder Leser Freude und Nutzen haben wird.

Die ersten vier Abschnitte handeln von den verschiedenen Formen der Kurzsichtigkeit, von der angeborenen und erworbenen, von den hygieinischen Maassregeln, von dem Einflusse der Accommodation und der Convergenz, von der Unterdrückung dieses Einflusses durch Arzneien und durch eine Operation. Der 5. und der 6. Abschnitt handeln von der operativen Behandlung der Kurzsichtigkeit durch Entfernung der Linse, von der Prognose, von der Art der Operation. Der 7. Abschnitt spricht von der Behandlung des Keratoconus mit oder ohne gleichzeitige Entfernung der Linse. Im 8. Abschnitte, den wir den Hausärzten besonders empfehlen möch-

ten, sind die Beziehnngen der Kurzsichtigkeit zn dem Allgemeinbefinden und dessen Störungen (wie durch Infectionkrankheiten, Erkrankung einzelner Organe) dargelegt. Der letzte, 11. Abschnitt enthält eine tabellarische Uebersicht über 156 Augen, deren durchsichtige Linse von M. wegen Kurzsichtigkeit entfernt wurde.

Auf den näheren Inhalt, die vielen praktischen Rathschläge können wir eben so wenig näher eingehen als auf die Punkte, in denen man andrer Ansicht als der Autor sein kann. Wir möchten nur zu der Behandlung des sogenannten Accommodationkrampfes, dessen Besprechung einen grössern Theil der Abhandlnng bildet, eine Bemerkung machen. Nach M. kommt der Accommodationkrampf sehr häufig vor und erheischt eine sogenannte Atropinkur von mindestens 4 Wochen, die nöthigenfalls mehrmals im Jahre zu wiederholen ist. Ja, wann sollen denn die Schüler diese Kur ohne Schaden für den Unterricht durchführen? Und müssen sie nicht nachher erst recht wieder arbeiten, um das Versäumte nachzuholen? Wird da der Nutzen der Kur nicht ebenso gering sein, als wenn ein durch Ueberanstrengung „nervös“ gewordener Mann sich 4 Wochen Ruhe gönnte, dann aber wieder die gleiche Arbeit wie früher verrichten würde und ausserdem all' die liegen gebliebene Arbeit nachznholen hätte. Wird aber die Kur für die Ferien empfohlen, so hat sie auch viel Unbequemlichkeit und sogar durch Blendung trotz der Schutzbrillen manche Schädigung, da ja bekanntlich die Eltern der Kinder höherer Schulen, und um diese handelt es sich fast ausnahmelos, die Ferienzeit mit den Kindern in den Bergen oder an der See zubringen. Haben die Kinder dadurch, dass sie, aus den engen Strassen entfernt, nun den ganzen Tag über in weite Entfornung sehen, sich möglichst den Tag über im Freien rumtummeln und vor Allem kein Buch, sei es Lehr- oder Unterhaltungsbuch aufmachen, nicht eine bessere Gelegenheit, ihre Accommodation nicht zn überanstrengen, bez. zu entspannen? Das Fortbestehen eines Muskelkrampfes ist unter solchen Bedingungen physiologisch schwer verständlich.

Die zweite Bemerkung betrifft die Erwähnung von ein Paar Augen in der Tabelle, bei denen der Grad der Kurzsichtigkeit mit $^1/_7$, oder selbst $^1/_{20}$ angegeben ist. Kinder, die in die Schule eintreten, und deren Augen eine Zunahme der Kurzsichtigkeit sicher annehmen lässt, mögen vielleicht bei einem mittlern Grade der Kurzsichtigkeit von $^1/_7$ schon einer Operation unterworfen werden. Ob aber die Mehrzahl der erst im 18. oder 20. Lebensjahre wegen einer Kurzsichtigkeit von $^1/_7$ Operirten nach der Operation sich besser als vorher befinden wird, das darf wohl bezweifelt werden.

Lamhofer (Leipzig).

21. **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes.** *Ein kurzgefasstes Lehrbuch für Aerzte und Studirende;* von Dr. Carl Rosenthal in Berlin. 2. verm. und verb. Aufl. Berlin 1897. August Hirschwald. Gr. 8. 244 S. mit 41 Fig. im Text. (6 Mk.)

Dass das vorliegende Buch, obwohl an derartigen Büchern keineswegs Mangel besteht, nach 5 Jahren in 2. Auflage erscheint, ist ein Beweis dafür, dass es in den Kreisen, für die es bestimmt ist, Anklang gefunden hat. Die neue Auflage ist, obwohl sie auf dem Titelblatte als vermehrte und verbesserte bezeichnet wird, ein fast unveränderter Abdruck der ersten, weshalb der Recensent auch auf das über diese seinerzeit Gesagte verweisen kann (vgl. Jahrbb. CCXXXVI. p. 97). Zu erwähnen ist nur, dass in der neuen Auflage mit Recht die Literaturverzeichnisse weggelassen sind, wodurch das Buch um 53 Seiten an Umfang verloren hat.

Rudolf Heymann (Leipzig).

22. **Die Neubildungen der Nasenhöhlen und des Nasenrachenraumes,** *unter besonderer Berücksichtigung der gutartigen (mit Ausschluss der adenoiden Vegetationen);* von Dr. Engen Joël in Gotha. [Klin. Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie I. 12.] Jena 1896. Gust. Fischer. Gr. 8. 44 S. (1 Mk. 20 Pf.)

Die Lehre von den Neubildungen der Nase und des Nasenrachenraumes wird in klarer und umfassender Weise abgehandelt. In der Frage nach dem Zusammenhang der Schleimpolypen mit Herdeiterungen der Nase nimmt J. einen vermittelnden Standpunkt ein, indem er sagt, dass zwar ein beträchtlicher Theil der gutartigen Neubildungen in der Nase durch Herdeiterungen verursacht werde, dass aber eine eben so grosse Zahl auf andere Ursachen zurückzuführen sei. Mit grossem Recht betont der Vf. bei Besprechung der Prognose und der Therapie, dass zur Herbeiführung einer gründlichen Heilung, zur Vermeidung der so häufigen Recidive neben der natürlich nothwendigen Berücksichtigung der Ursachen eine gründliche Ausrottung der Neubildung mit Stumpf und Stiel, wozu sich oft die theilweise oder gänzliche Abtragung der mittleren Muschel nöthig macht, erforderlich ist.

Rudolf Heymann (Leipzig).

23. **Atlas und Grundriss der Kehlkopfkrankheiten;** von Dr. L. Grünwald in München. [Lehmann's med. Handatlanten Bd. XIV.] München 1897. J. F. Lehmann. 8. VI u. 100 S. mit 107 farb. u. 25 schwarzen Abbild. (8 Mk.)

G. hat durch seinen Atlas die didaktische laryngologische Literatur um ein sehr werthvolles Werk bereichert. Auf 100 S. giebt Vf. zunächst einen kurzen Abriss der Anatomie, der Physiologie und der Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, sowie der Pathologie und Therapie der Kehlkopfkrankheiten, der eine gute Einführung in das Gebiet bildet. Der Atlas enthält 107 wohlgelungene

farbige und 25 schwarze Abbildungen, die in der Weise angeordnet sind, dass immer eine Reihe von ähnlichen Bildern, die durch verschiedenartige Erkrankungen hervorgerufen sind, sich nebeneinander findet. Jedem Bilde ist eine kurze Krankengeschichte beigegeben, in der namentlich die differentialdiagnostisch wichtigen Momente hervorgehoben werden. Der Werth des Atlas wird durch 12 Tafeln, die die wichtigsten histologischen Veränderungen zeigen, sehr erhöht, da derartige Bilder, ausser in dem für Praktiker und Studenten zu kostspieligen, schönen Atlas von Seifert u. Kahn, bisher nirgends geboten wurden. Alles in Allem ist also der Atlas dem Praktiker, wie dem Studenten, zur Einführung in die Laryngologie und zur Unterstützung beim Stellen laryngologischer Diagnosen auf's Wärmste zu empfehlen.

Rudolf Heymann (Leipzig).

24. **Hygiene.** *Ein kurzes Lehrbuch für Studirende und Aerzte;* von Dr. E. Cramer, a. o. Prof. d. Hyg. an d. Univ. Heidelberg. Leipzig 1896. Joh. Ambr. Barth. Gr. 8. 336 S. mit 61 Abbild. (6 Mk.)

Ein Lehrbuch der Hygieine auf einen kleinen Raum zusammen zu drängen, ist bei der Fülle des Stoffes, der noch dazu in den allerverschiedensten Gebieten gesucht werden muss, ein Wagniss. C. glückte dies Wagnies, da er über eine knappe, einfache Ausdrucksweise verfügt. Das Hauptsächliche des grossen Gebietes finden wir überall hervorgehoben. Wir glauben das Buch besonders dem praktischen Arzte empfehlen zu können, der ja nicht Zeit hat, lange Abhandlungen über hygieinische Fragen in dicken Hand- und Lehrbüchern zu lesen, sondern der rasch das Wesentlichste zusammengefasst finden will. Als Schüler Rubner's bringt C. vor Allem die Gedanken dieses Hygieinikers zum Ausdrucke. Das Buch ist das billigste Lehrbuch der Hygieine, das wir besitzen, dabei ist es vorzüglich ausgestattet, schon deshalb wird es weite Verbreitung finden. Ficker (Leipzig).

25. **A textbook of bacteriology**; by George M. Sternberg. London 1896. J. C. A. Churchill. 8. XI and 693 pp. with plates and engravings. (28 Mk.)

Das vorliegende Werk St.'s bildet gewissermaassen einen Auszug aus dem grossen früher erschienenen *„Manual of Bacteriology"* desselben Verfassers. Während letzteres auch die nicht pathogenen Keime bespricht und auch auf die Literatur in weitgehendem Maasse hinweist, berücksichtigt das *„Textbook"* vor Allem die Kenntnisse über die pathogenen Bakterien. Wenn auch das Werk inhaltlich von dem ersten bakteriologischen Werke Deutschlands, Flügge's *Mikroorganismen,* zweifellos übertroffen wird, so ist es doch in seiner Art bedeutend. Vor Allem aber verdient die Ausstattung das höchste Lob, mancher Verleger könnte davon lernen. Die Heliotypen, die chromolithographischen Tafeln und die in den Text eingestreuten zahlreichen Abbildungen sind ganz vorzüglich, zum Theil vollendet. Ficker (Leipzig).

26. **Geschichte der Volksseuchen nach und mit den Berichten der Zeitgenossen, mit Berücksichtigung der Thierseuchen**; von B. M. Lersch. Berlin 1896. S. Karger. Gr. 8. 455 S. (11 Mk.)

Eine fleissige Arbeit, die sich nur im Titel völlig vergriffen hat. Unter einer „Geschichte der Volksseuchen" versteht man doch etwas ganz Anderes, als L. hier gegeben hat: Er bringt nur eine chronologisch geordnete Materialiensammlung und hätte sein Buch etwa wie der alte Friedrich Schnurrer, dessen Arbeit fast noch mehr einen geschichtlichen Anstrich hat, „Chronik" oder „Annalen der Seuchen" nennen oder geradezu „Quellenmaterialien zu einer Geschichte der Volksseuchen" betiteln sollen.

Nimmt man das Buch als Das, was es ist, eine chronologisch geordnete Zusammenstellung von Originalnachrichten über die grossen Volkskrankheiten der Vergangenheit, die nur ab und zu einen kurzen Anlauf zu einer wirklich historischen Darstellung versucht, so kann man ihm vielfaches Lob durchaus nicht vorenthalten. In knappster Form ist eine ganz erstaunliche Fülle von historischem Material, und zwar vielfach von Quellenmaterial erster Ordnung, hier zusammengetragen, das alle früheren Versuche ähnlicher Art an Reichhaltigkeit und Zuverlässigkeit weit überragt. Dass L. die Quellen meist selber reden lässt, ist ein durchaus gesunder Gedanke. Besonders hervorgehoben zu werden verdient auch, dass L. die zeitgenössische medicinische Literatur bei den einzelnen Jahren und Jahrzehnten namentlich im 15., 16. und 17. Jahrhundert in grosser Vollständigkeit anführt, und zwar recht vielfach nach eigener Einsichtnahme seltener und seltenster Schriften. Freilich der Arzt, der sich aus dem Werke, wie es der Titel verspricht, einen fertigen Ueberblick über den Gang der Volksseuchen durch die Jahrtausende holen möchte, wird nur ein Labyrinth von Einzelthatsachen finden, das ihn verwirrt, und das Buch enttäuscht aus der Hand legen. Aber als Nachschlagebuch für medicinische und Cultur-Historiker ist L.'s Arbeit von Werth, von weit grösserem, als es manchem Historiker unseres Faches beim ersten Durchblättern erschienen ist, jedenfalls werthvoller, als es etwa ein kurzes Compendium der Geschichte der Volksseuchen frei nach Häser gewesen wäre. In diesem Sinne soll uns die mühevolle Arbeit, die wir gern als Vorstudie zu einer wirklichen kritischen Geschichte der Volksseuchen L.'s betrachten möchten, willkommen sein.

Sudhoff (Hochdahl).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 254. 1897. № 2.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

201. 1) **Ueber die Fette des Fleisches**; von E. Bogdanow. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 1 u. 2. p. 81. 1896.)

2) **Die quantitative Bestimmung von Fetten, Seifen und Fettsäuren in thierischen Organen**; von Dr. phil. C. Dormeyer. (Ebenda p. 90.)

Von einigen Seiten war bereits darauf hingewiesen, dass auch durch sehr lange fortgesetzte Extraktion mit heissem Aether das Fett aus Organen nicht vollständig gewonnen werden kann. Sowohl B. wie D. haben über diese Frage Versuche angestellt, und Beide kommen zu dem Schlusse, dass es zweierlei Arten von Fett im Muskel gebe, von denen die eine mehr interstitiell, die andere im Muskelplasma zu suchen sei. Das erste Fett wird verhältnissmässig rasch extrahirt, das zweite ist es, welches die Schwierigkeit macht. Es ist, wie B. zeigt, reicher an freien Fettsäuren und dem Butterfette ähnlich.

Wie nun D. nachweist, gelingt es durch Einwirknng von künstlichem Magensaft, aus dem monatelang extrahirten Muskel noch 8.5% der Gesammtmenge der Fette, Seifen und Fettsäuren zu erhalten. Bei dieser Verdauung werden die Glyceride nicht gespalten, aber die Seifen zerlegt.

V. Lehmann (Berlin).

202. **Ueber den Stickstoffgehalt des menschlichen Hirnes**; von Prof. R. v. Jaksch. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 5 u. 6. p. 469. 1896.)

v. J. hoffte, dass man bei gewissen Psychosen in dem verminderten Stickstoffgehalte des Hirnes vielleicht Aufschlüsse finden könnte. Ausserdem war die Untersuchung auch an und für sich, als erste ihrer Art von Interesse. Es wurden stets die Spitzen beider Frontallappen untersucht. Zwischen rechter und linker Hemisphäre scheint im Stickstoffgehalte manchmal ein geringer Unterschied zu Gunsten der linken Hemisphäre zu bestehen. Der Gehalt der Frontallappen an Stickstoff beträgt durchschnittlich 1.85%.

Bei Psychosen fanden sich keine constanten oder verwerthbaren Unterschiede.

V. Lehmann (Berlin).

203. **Teneur en fer du foie et de la rate chez l'homme**; par A. Guillemonat et L. Lapicque. (Arch. de Physiol. XXVIII. 4. p. 843. 1896.)

Der Gehalt der Leber und der Milz an Eisen ist beim Menschen schon verschiedentlich bestimmt worden, die erhaltenen Zahlen weichen aber sehr von einander ab. G. und L., die bei 53 Menschen diese Bestimmungen machten, gelangen durch Analyse ihrer Ergebnisse dazu, ungefähre Mittelzahlen aufzustellen.

Diese Mittelzahl wäre für die Leber bei Männern 0.23 auf ein Tausendstel des frischen Organgewichtes, bei Frauen 0.09. Die Thatsache, dass die männliche Leber ungefähr $2^1/_2$mal so viel Eisen enthält, als die weibliche, war bisher nicht bekannt.

Für die Milz stellen G. und L. als Mittelzahl im Alter von 20—40 Jahren 0.39 bei Männern und 0.39 bei Frauen auf; im Alter von 40 bis 60 Jahren 0.29 bei Männern, 0.19 bei Frauen; für über 60 Jahre 0.29 bei Männern, 0.17 bei Frauen.

V. Lehmann (Berlin).

204. **Beiträge zur quantitativen Bestimmung des Eisens im Blute**; von Dr. Adolf Jolles. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 579. 1897.)

J. empfiehlt als gute gewichtsanalytische Bestimmung des Eisens im Blute die Fällung mit Nitroso-β-Naphthol in salzsaurer Lösung. Das Blut (3—5 g) wird dazu vorher im Platintiegel eingedampft und dann verascht. Die Asche wird mit 5 ccm concentrirter Salzsäure versetzt, nach einigen Minuten werden 2—3 ccm destillirten Wassers

hinzugefügt und das Ganze wird auf dem Wasserbade zur Trockene verdampft. Dies wird mehrmals wiederholt, schliesslich wird der Rückstand in heissem Wasser gelöst und die Fällung vorgenommen. Der Niederschlag wird mit 50proc. Essigsäure ausgewaschen.

Zur quantitativen Bestimmung für klinisch-diagnostische Zwecke wird folgendes Verfahren empfohlen: Es werden mit Capillarpipette 0.05 ccm Fingerblut entnommen, im Platintiegel zur Trockene eingedampft und verascht. Dann wird 0.1 g gepulvertes wasserfreies saures schwefelsaures Kali hinzugefügt, zum Schmelzen erhitzt und so das Eisenoxyd in Lösung erhalten. Das Eisen wird dann colorimetrisch durch Hinzufügen von Rhodanammonlösung mit Hülfe einer Vergleichsflüssigkeit bestimmt. Die nähere Ausführung sehe man im Original.

V. Lehmann (Berlin).

205. **Dosage des matières extractives réductrices dans les organes**; par J.-E. Abelous. (Arch. de Physiol. XXIX. 1. p. 1. 1897.)

Unter dem Namen „Extraktivstoffe“ werden organische Substanzen zum Theil unbekannter Natur zusammengefasst, die sich in geringer Menge im Körper vorfinden und fast alle stickstoffhaltig und niedriger oxydirt sind als der Harnstoff. Es sind reducirende Substanzen. Ihre reducirende Eigenschaft kann man dazu verwenden, um ihre Gesammtmenge zu bestimmen: Man oxydirt mit Brom und titrirt das nicht verbrauchte Brom mit Zinnohlorür zurück.

Diese Methode wandte A. auf alkoholische Organextrakte an. Die reducirenden Extraktivstoffe waren in grösster Menge in der Leber, in geringster im Pankreas vorhanden. Im ruhenden Muskel ist weniger von ihnen zu finden, als im tetanisirten, im vorher der Nerven beraubten, oder in Muskeln von auf 0° abgekühlten oder auf 40° erhitzten Fröschen.

Auch im Blute des in Ruhe befindlichen Thieres befindet sich weniger von diesen Substanzen als im Blute des vorher tetanisirten.

V. Lehmann (Berlin).

206. **Ueber die Krüger-Wulff'sche Methode der Alloxurkörperbestimmung**; von Dr. Hans Malfatti. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 1. 1897.)

Entgegen den in letzter Zeit veröffentlichten abfälligen Beurtheilungen der Krüger-Wulff'schen Methode, ist M. auf Grund mehrerer Controlversuche dazu gekommen, die Methode als ganz brauchbar zu erklären; sie ergiebt gegenüber der Ludwig-Salkowski'schen Methode (wobei sich im salzsauren Filtrate die Xanthinbasen finden, deren Stickstoff nach Kjeldahl bestimmt wird) nur geringe Abweichungen. Dabei ist es aber nöthig, darauf zu achten, dass der Harn nicht zu concentrirt ist und das Reaktionsgemisch nicht zu stark sauer reagirt, die Säure ist eventuell durch Kalilauge etwas abzustumpfen.

V. Lehmann (Berlin).

207. **Ueber die Bestimmung der Xanthinbasen im Harn nach Krüger und Wulff**; von Huppert. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 556. 1897.)

Durch Kupferoxydulsalz werden aus dem Harne nicht nur die Xanthinbasen, sondern auch Rhodanwasserstoffsalze und Eiweiss niedergeschlagen. Krüger und Wulff verlangen zwar für die Anwendung ihrer Methode eiweissfreien Harn, aber H. weist nach, dass auch die geringen Eiweissmengen des normalen Harnes bei der geringen Menge von Xanthinbasen in's Gewicht fallen.

Die Krüger-Wulff'sche Methode ist daher für die Bestimmung der Xanthinbasen im Harne nicht anzuwenden. V. Lehmann (Berlin).

208. **Beitrag zur qualitativen Bestimmung des Peptons im Harn**; von Th. Bogomolow u. N. Wassilieff. (Centr.-Bl. f. d. med. Wiss. XXXV. 3. 1897.)

Um Pepton in eiweisshaltigem Harne nachzuweisen, setzen B. und W. im Ueberschusse concentrirte Lösung von Trichloressigsäure hinzu. Dadurch werden alle Eiweisskörper gefällt, nur Pepton bleibt in Lösung. Im Filtrate geben Natronlauge und Kupfersulfat die charakteristische rosarothe Biuretreaktion.

Man kann auch den Nachweis so führen, dass man den peptonhaltigen Urin zum Sieden bringt, während des Siedens mit krystallisirtem Ammoniumsulfat sättigt, wodurch Eiweiss und Harnpigment ausfallen, dann im Filtrate das Pepton mit krystallisirter Salicylsulfonsäure ausfällt. Dieser Niederschlag ist in Wasser löslich.

V. Lehmann (Berlin).

209. **Zur Kenntniss der durch Phenylhydrazin fällbaren Harnbestandtheile**; von M. Jaffé. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 532. 1897.)

Aus dem Harne wird bekanntlich durch Phenylhydrazin nicht nur Zucker, sondern auch eine Reihe von anderen Substanzen gefällt. Aus dem Menschenharne konnte J. keine bestimmten Substanzen isoliren, dagegen erhielt er aus dem Phenylhydrazinniederschlage des Hundeharns in reichlicher Menge eine Substanz, die sich als das von E. Fischer zuerst, aus salzsaurem Phenylhydrazin und Kaliumcyanat, dargestellte Phenylsemicarbazit erwies. Diese Harnstoffverbindung konnte indess nur aus dem Harne von mit Fleisch gefütterten Hunden gewonnen werden. V. Lehmann (Berlin).

210. **Om fenylhydrazinprofvet och dess användbarhet för påvisande af socker i urin**; af Erik Holmgren. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 231. 1897.)

Auf Prof. Hammarsten's Veranlassung und unter dessen Leitung hat H. Versuche angestellt, um die Empfindlichkeit der Almén'schen (Wismuth-) Probe und der Phenylhydrazinprobe zu vergleichen und zu untersuchen, wie weit normaler Harn, der nach neueren Untersuchungen stets, wenn auch unbedeutende Mengen Traubenzucker enthält, mit der Phenylhydrazinprobe positiven Ausschlag giebt. Diese Untersuchungen ergaben zunächst, dass die Phenylhydrazinprobe ganz bedeutend empfindlicher ist, als die Almén'sche Probe. Während mit der letzteren weniger als 0.05—0.04% Zucker nicht nachgewiesen werden konnten, gab erstere dabei noch deutliche Reaktion. Bei der Phenylhydrazinprobe ergab ein Zuckergehalt von 3:100000 Wasser nach kurzer Zeit

noch einen makroskopisch deutlich wahrnehmbaren Niederschlag von Glykosazonkrystallen, eine Lösung von 1 : 100000 einen noch mikroskopisch nachweisbaren Niederschlag von Krystallen, ja bei starker Vergrösserung konnte H. noch bei Untersuchung einer Lösung von 1 : 300000 Glykosazonkrystalle entdecken. Die Phenylhydrazinprobe dürfte demnach wohl die empfindlichste Probe auf Traubenzucker sein.

In 100 von verschiedenen Personen stammenden normalen Harnen (bei allen untersuchten Harnen wurde die Almén'sche Probe vorher angewendet und diejenigen, die mit ihr ein positives Resultat gaben, wurden als pathologisch ausgeschlossen) fanden sich bei der Phenylhydrazinprobe stets mehr oder weniger deutliche Glykosazonkrystalle, so dass sich wohl annehmen lässt, dass diese Probe in jedem Harne einen positiven Ausschlag geben dürfte.

Von störenden Einflüssen auf die Reaktion, die sich im Verlaufe der Untersuchungen bemerkbar machten, erwähnt H. zunächst amorphe Niederschläge, deren Wirkung durch Erwärmung und Filtration vermindert wurde, wonach schöne Bilder unter dem Mikroskop gefunden wurden. Unbedingt nothwendig war diese Procedur aber nie, um die Krystalle nachweisen zu können. Ferner wirkte die alkalische Reaktion störend auf den Zuckernachweis; grössere Concentration des Harns schien vielleicht grössere Mengen des Reagens zu erfordern, um die möglich besten Resultate zu erzielen. Das Alter der Personen, von denen der Harn stammte, schien keinen Einfluss zu haben, aber es kam H. vor, als ob der Harn von körperlich arbeitenden Personen mehr Krystalle enthielt, als der von geistig arbeitenden.

Um mit absoluter Sicherheit die Gegenwart von Traubenzucker mittels der Phenylhydrazinprobe bestimmen zu können, genügt der mikroskopische Nachweis der Krystalle indessen nicht, sondern man muss den Schmelzpunkt der Krystalle bestimmen, der für das Osazon des Traubenzuckers bei 205° C. liegt. H. hat nun bei den aus normalen Harnen erhaltenen Krystallen Bestimmungen des Schmelzpunktes vorgenommen und hat dabei gefunden, dass die unter normalen Verhältnissen in den Harn übergehenden Kohlehydrate wahrscheinlich zu einem nicht unbedeutenden Theile aus Pentosen bestehen.

Der Umstand, dass man auch bei vollkommen gesunden Personen im Harne so typische und ziemlich zahlreiche Osazonkrystalle finden kann, dass es zweifelhaft erscheinen kann, ob der Harn wirklich als normal zu betrachten sei, sowie die zur Sicherung der Gewissheit, dass wirklich Traubenzucker vorhanden ist, nothwendige, beschwerliche und zeitraubende Bestimmung des Schmelzpunktes der Krystalle, machen nach H. die Phenylhydrazinprobe wenig anwendbar für die Praxis.

Walter Berger (Leipzig).

211. **Ueber das Verhalten einiger Zuckerarten im thierischen Organismus**; von F. Voit. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 38. 1896.)

Von Cremer ist zuerst darauf hingewiesen, dass die leicht gährenden und leicht Glykogen bildenden Zuckerarten am schwersten, die gar nicht gährenden am leichtesten im Harne erscheinen.

V. hat beim Menschen Dextrose, Lävulose und Galaktose unter die Haut gespritzt. Dextrose und Lävulose, die beide gute Glykogenbildner sind, gingen nur in Spuren in den Harn über. Ebenso aber verhielt sich die Galaktose, deren Glykogenbildungsvermögen noch zweifelhaft ist.

Ferner wurden Saccharose, Laktose und Maltose geprüft. Nach Rohrzucker und nach Milchzucker wurde die gesammte Zuckermenge im Harne wiedergefunden. Wenn man dagegen diese Zuckerarten per os giebt, so gelangen sie erst nach ganz beträchtlichen Quantitäten theilweise zur Ausscheidung; sie werden beide im Darme invertirt.

Die Maltose erschien nicht im Harne wieder.

V. Lehmann (Berlin).

212. **Ueber den Einfluss von Salzlösungen auf die Umbildungsgeschwindigkeit des Glykogenes in Zucker**; von Dr. Edgar Gans. (Verhandl. d. XIV. Congr. f. innere Med. p. 449. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann.)

Da nach praktischer Erfahrung die Zuckerausscheidung des Diabetikers durch Behandlung mit Alkalien verringert wird, so untersuchte G., ob vielleicht durch Alkalien eine Verlangsamung der Glykogenumwandlung eintrete, und so dem Körper die Zeit bleibe, den bereits gebildeten Zucker weiter zu oxydiren.

Der Versuch wurde mit Diastase angestellt. Die angegebene Voraussetzung erwies sich für Natriumcarbonat als zutreffend: Natriumcarbonat verlangsamt die Umwandlungsgeschwindigkeit des Glykogens, schützt also den Körper vor einem Ueberfluthetwerden mit Zucker.

V. Lehmann (Berlin).

II. Anatomie und Physiologie.

213. **Beiträge zur Anatomie und Entwickelung der menschlichen Placenta**; von M. Hofmeier. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 414. 1896.)

H. stellt seine Ansicht über die Bildung der Placentaanlage in folgenden Sätzen zusammen: „Ist das Ovulum entweder in der Tube oder im Uterus befruchtet, so bildet sich um dasselbe sehr bald (vielleicht aus den dasselbe noch umkleidenden Zellen der Corona radiata) das sogen. Syncytium, welches das Festhaften an der Oberfläche der Schleimhäute (vielleicht auch wesentlich das

Zustandekommen der Tubenschwangerschaft) begünstigt." „Unter normalen Verhältnissen zeigt in den frühen Schwangerschaftmonaten das Chorion sowohl wie die Zotten eine *doppelte Zelllage:* nach aussen das *Syncytium,* nach innen die Langhans'sche Zellschicht. Von der äusseren Schicht gehen, besonders intensiv, wie es scheint, im 2. bis 3. Monate, eine grosse Zahl von kolbigen Anschwellungen, die sogen. *Epithelsprossen,* aus, welche wohl mit der Ernährung der Fötalanlage in engem Zusammenhang stehen." „An der Stelle der Anhaftung des Eies (wie es scheint, unter ganz lokalen Einflüssen) bildet sich das benachbarte *Uterus- und Tubenepithel gleichfalls in ein Syncytium* um, indem, wenigstens im Uterus, die Decidua zugleich das Ei umkapselt. Ob dies auch in der Tube regelmässig geschieht, sehe ich als wenigstens noch nicht sicher erwiesen an." „Wahrscheinlich zugleich hiermit beginnt das Vorspriessen der vom fötalen Syncytium umhüllten Zotten zunächst an dem Theil der Eiperipherie, der nicht der mütterlichen Schleimhaut anhaftet. Es muss dahingestellt bleiben, ob das *längere,* feste Anhaften des Ovulum an der ursprünglichen Anlagerungsfläche, ohne dass sich hier Zotten bilden, zu den normalen Erscheinungen zu rechnen ist." „Vor den Zottenenden wuchern die sogen. *Zellsäulen* unter *Durchbrechung des syncytialen Ueberzuges* an die Oberfläche der Decidua und bilden hier Anhäufungen grosszelligen Gewebes, die mit der Decidua verschmelzen, während der syncytiale Ueberzug sie aussen umkleidet und ausnahmeweise mit dem hier noch vorhandenen syncytialen Epithel verschmilzt. *Starke* Wucherungen dieser Zellschicht, sowohl auf der Decidua, wie in Form von insulären Zellanhäufungen im intervillösen Raum, sind höchst wahrscheinlich als *pathologisch* anzusehen." „Der *intervillöse Raum* communicirt schon in der *dritten* Schwangerschaftwoche mit den mütterlichen Gefässen, welche ausnahmeweise durch *einwuchernde Zotten* geöffnet werden, in der Regel und später wohl ausschliesslich *durch eine Spaltung in der Decidua,* deren oberer Theil (die compakte Schicht) als Reflexa auf das Ei herübergezogen wird, während der untere Theil zur Ausbildung der Placenta verwendet wird."

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

214. **Beiträge zur Lehre von der Placenta und von den mütterlichen Eihüllen.** *II. Zur Lehre von der Placenta praevia;* von Otto v. Herff in Halle a. S. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 325. 1896.)

Nach eingehender Besprechung der einschlägigen Literatur kommt v. H. zu folgendem Endergebniss: „Alle ausgebildeten Präviaformen, insbesondere die totalis (centralis) im anatomischen Sinne, verdanken ihre Ausbildung ausschliesslich einer wandständigen Einnistung des Eies in nächster Nähe des inneren Muttermundes. Präviaarten, die sich anatomisch als lateralis, marginalis kennzeichnen, können auch ihre Entwickelung von einer Einlagerung des Eies nehmen, die dem Fundus näher gelegen ist, sofern die Zotten besonders nach der Cervix hin auswachsen".

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

215. **Ueber die elastischen Fasern der Gebärmutter;** von L. v. Dittel jun. in Wien. (Wien. klin. Rundschau X. 26. 27. 1896.)

In seinen Präparaten fand v. D. die Angabe Dührssen's bestätigt. Die elastischen Fasern der Portio vaginalis sind so vertheilt, dass der peripherische Abschnitt sehr reichlich elastische Fasern enthält, während sie im centralen fehlen. Die Verbindungszüge zwischen oberflächlichem und tiefem Netz nach dem Muttermunde zu erschienen ihm weniger gut ausgeprägt als Dührssen, dagegen waren die elastischen Fasern an den Gefässen sehr schön zu sehen. Am wenigsten elastische Fasern (fast nur dicht unter dem Bauchfell abschweifende Fasern) sieht man am Gebärmuttergrund.

J. Praeger (Chemnitz).

216. **Untersuchungen über die menschliche Oberhaut und ihre Anhangsgebilde, mit besonderer Rücksicht auf die Verhornung;** von Dr. Hans Rabl. (Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 3. p. 430. 1896.)

Die Untersuchungen erstrecken sich auf Aussehen, Bedeutung und Funktion der Intercellularbrücken, totale und peripherische Verhornung, auf die Frage einer Kittsubstanz zwischen den Hornzellen, auf Ursprung, Natur und allmähliches Verschwinden der dem Str. lucidum und granulosum eigenthümlichen Substanzen Eleïdin und Keratohyalin. Bezüglich der Ergebnisse, die zum Theil als noch nicht abschliessend bezeichnet werden, sei auf das Original verwiesen.

Teichmann (Berlin).

217. **Recherches expérimentales sur l'adhérence de deux surfaces polies, planes ou sphériques, séparées par une mince couche liquide. Cas des surfaces articulaires;** par H. Bordier. (Lyon méd. LXXXVIII. p. 392. Nov. 1896.)

Die Ergebnisse dieser interessanten Versuche waren folgende: Die Kraft, die die Trennung zweier durch eine dünne Flüssigkeitschicht verbundener Scheiben hindert, beruht auf der Cohäsion der dazwischen gelagerten Substanz. Sie ist unabhängig von der Natur der Scheiben und hängt nur von der Natur der Flüssigkeit ab. Die Kraft, die dazu gehört, zwei derartig verbundene Scheiben zu trennen, ist aber proportional der Oberfläche der Scheiben. Sind zwei sphärische Flächen in der Ausdehnung einer Halbkugel aneinander gebunden, so ist die zu ihrer Trennung nöthige Kraft eben so gross, wie bei zwei ebenen Kreisflächen von demselben Durchmesser. Bringt man eine

dünne Schicht Synovia zwischen zwei ebene Scheiben von gleichem Durchmesser, wie der Oberschenkelkopf, so entspricht die Kraft, mit der sie zusammengehalten werden, dem mittleren Gewichte des menschlichen Beines. Um die Fixation der Gelenkköpfe in ihren Gelenkhöhlen zu erklären, bedarf es also nicht der Heranziehung des Luftdruckes. Beim Lebenden kommt noch der Muskeltonus unterstützend hinzu. Auf ähnliche Weise erklärt B. auch den festen Lidschluss im tiefen Schlafe, wo auch der Augenschliessmuskel erschlafft ist, und den Mundschluss durch Adhärenz der Lippen. Teichmann (Berlin).

218. **Studien über die Schilddrüse.** *II. Mittheil.;* von Dr. Alfred Kohn. (Arch. f. mikroskop. Anat. LXVIII. 3. p. 398. 1896.)

Dem vor 2 Jahren erschienenen ersten Theile seiner Arbeit, der sich mit den Verhältnissen der Schilddrüse bei der Katze beschäftigte, lässt K. jetzt den zweiten Theil folgen, in dem er über seine Befunde beim Kaninchen, wie folgt, berichtet: Es findet sich ein paariges äusseres Epithelkörperchen, bei jungen Thieren meist ventral von der Carotis, bei älteren auch an der Carotis, aber weiter distalwärts an der Schilddrüse. In diesen Körperchen kommen, besonders bei jungen Thieren, häufig Hohlräume vor, meist von cubischem Epithel ausgekleidet, aber ohne colloiden Inhalt. Die Epithelkörperchen sind Organe sui generis, ihr Bau ist ein bleibender, sie differenziren sich nicht zu Schilddrüsengewebe. Innerhalb eines jeden Seitenlappens der Kaninchenschilddrüse findet sich ein von verschiedenartigem Epithel ausgekleideter, weiter „Centralkanal der Schilddrüse"; seine Ausdehnung nimmt mit dem Wachsthum des Thieres zu, in seinem Lumen liegen Reste von Zellen, die seiner Auskleidung entstammen. In seiner Nachbarschaft lässt sich, besonders bei erwachsenen Thieren, deutlich ein inneres Epithelkörperchen nachweisen, dessen Gewebe stellenweise in unmittelbarem Zusammenhange mit dem Epithel des Ganges steht, andererseits hier und da continuirlich in typisches Schilddrüsengewebe übergeht. Im Epithel beider Epithelkörperchenpaare, wie auch des Ganges findet man bei jungen Thieren zahlreiche Karyokinesen. In der Nähe des äusseren Epithelkörperchens, manchmal mit ihm verwachsen, kommen isolirte Thymusläppchen, aber anscheinend nicht regelmässig, vor. Der Kaninchenschilddrüse kommt ein eigener quergestreifter Muskel zu, der sich im interlobulären Bindegewebe, aber mit feinen Fäserchen auch intralobulär, zwischen den Schilddrüsenbläschen inserirt. Teichmann (Berlin).

219. **Sur l'histogenèse des corps concentriques de Hassal dans le thymus;** par N. Goncharoukow. (Arch. russ. de Pathol. II. 5. p. 674. 1896.) Russisch.

G. gelangt zu denselben Ergebnissen, wie schon vor ihm Ecker, Kölliker und His, dass nämlich die Hassal'schen Körper cellulären Ursprunges sind, sich aus dem embryonalen Epithel der Thymus entwickeln und unregelmässig zerstreut in dem adenoiden Gewebe der Drüse liegen. Sie erscheinen in einer frühen Periode der embryonalen Entwickelung und bleiben während des ganzen intrauterinen und auch des extrauterinen Lebens bestehen, bis zu dem Zeitpunkte, wo das adenoide Gewebe durch Binde- und Fettgewebe ersetzt wird. In ihrer weiteren Entwickelung unterliegen sie der hyalinen und colloiden Degeneration oder der Verfettung. Dabei können mehrere Körper zu einem einzigen grossen verschmelzen. Teichmann (Berlin).

220. **Du rôle de l'épithélium antérieur de la cornée vis-à-vis de l'exosmose oculaire;** par P. Mermet. (Bull. de la Soc. anat. de Paris LXXII. 5. p. 15. Janv. 1897.)

Zur Aufrechterhaltung der normalen Spannung des Augapfels ist es nothwendig, dass sein Inhalt von undurchlässigen Häuten eingeschlossen ist. Dies gilt auch für die Hornhaut. Streitig hierbei war nur, ob das Endothel oder das Epithel das Durchsickern der Flüssigkeit verhindere. M. sucht auf Grund anatomischer und klinischer Untersuchungen und gestützt auf Thierversuche zu beweisen, dass im Gegensatze zu der Ansicht von Leher „das Epithel Alles, das Endothel Nichts bedeute für die Exosmose". Lamhofer (Leipzig).

221. **Zur Frage über die Ganglienzellen der Iris;** von Dr. N. Andogsky in Petersburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. p. 86. Febr. 1897.)

Aus der Zusammenstellung der Literaturberichte über das Vorkommen von Ganglienzellen in der Iris ist ersichtlich, dass die Angaben einander vollständig widersprechen. Nach A.'s eigenen Untersuchungen sind gangliöse Gebilde in Form von bipolaren oder multipolaren Nervenzellen nur im oberflächlichen Nervennetze der Ciliarfortsätze, nicht aber in der Regenbogenhaut zu finden. Lamhofer (Leipzig).

222. **Zur Histologie der Ciliarnerven;** von Dr. G. Gutmann in Berlin. (Arch. f. mikroskop. Anat. u. Entwicklungsgesch. XLIX. 1. p. 1. 1897.)

Das Ergebniss der Untersuchungen G.'s ist folgendes: Die Form des Ciliarnerven-Querschnittes ist abgeplattet, elliptisch sowohl beim Menschen wie bei Thieren. Die Fasern sind vorwiegend fein, markhaltig. Es finden sich auch marklose Fasern und ein feines Endoneurium. Die Nervenscheide ist beim Menschen und bei einigen Thieren etwas pigmentirt, bei anderen Thieren nicht. Das Zwischengewebe zwischen den Nervenfasern ist überall spärlich und feinkörnig (geronnene Lymphe). Auf einen Ciliarnerven-Querschnitt von 10 bis 11 μ

Durchmesser kamen 314 markhaltige Nervenfasern. Lamhofer (Leipzig).

223. **Weitere Untersuchungen über den Lichtsinn**; von Dr. Gnillery in Cöln. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 3. p. 187. 1896.)

Die Untersuchungen G.'s beziehen sich auf den absoluten Schwellenwerth des Lichtsinnes bei kleinster räumlicher Wahrnehmung im Centrum und auf Untersuchungen über die Rolle, die die Stäbchen der Netzhaut bei der Helligkeitempfindung einnehmen. Zugleich enthält die Abhandlung eine kritische Zusammenstellung des Ergebnisses anderer Autoren, wobei G. die Unterschiede hauptsächlich auf die verschiedenen Untersuchungsarten (im Hellen oder bei Dunkeladaption) zurückführt. Indem wir auf die lehrreiche Abhandlung verweisen, heben wir von den Befunden G.'s nur hervor, dass bei Schwarz auf Weiss ein einzelnes Element im Stande ist, ein Objekt zu unterscheiden, dessen Helligkeit sich zu der des Hintergrundes wie 1 : 1.15 verhält, und dass die Wahrnehmung von Hell auf Dunkel mehr beeinträchtigt wird von Lichtsinnstörungen als die von Dunkel auf Hell. Ueber die Helligkeitempfindung der Stäbchen überhaupt fand G., dass an einer centralen 0.6 mm betragenden Stelle bei herabgesetzter Beleuchtung keine Helligkeitempfindung stattfand, von da an bis zum 30. Grade, das kleinste Netzhautbild, das deutlich wurde, 0.01 und weiter hinaus 0.02 mm Durchmesser hatte. Die Vertheilung der Elemente auf der Oberfläche der Netzhaut, an die die Helligkeitempfindung bei Tageslicht geknüpft ist, ist eine wesentlich andere als die derjenigen Elemente, die diese Empfindung bei Dunkeladaption auslösen. Es ist aber nach G. keine Theorie bekannt, die diesen Thatsachen besser entspricht als die Annahme zweier verschiedener Einrichtungen, als die nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse die Stäbchen einer-, die Zapfen andererseits anzusehen sind. Lamhofer (Leipzig).

224. **Ueber das Sehen der total farbenblinden Netzhautzone**; von J. v. Kries. (Centr.-Bl. f. Physiol. X. 24. p. 745. 1897.)

Das Ergebniss der Untersuchungen K.'s ist 1) dass die Peripheriewerthe verschiedener Lichter auch nicht entfernt ihren Dämmerungswerthen entsprechen, 2) dass die totale Farbenblindheit der äussersten Netzhautperipherie nicht auf einem isolirten Funktioniren der Stäbchen beruht, sondern dass hier wie central im hell adaptirten Zustande überwiegend die Zapfen funktioniren und dass auch der Zapfenapparat in der äussersten Peripherie die Fähigkeit der Farbenunterscheidung nicht besitzt. Lamhofer (Leipzig).

225. **Ueber autokinetische Empfindungen**; von Prof. Sigm. Exner in Wien. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XII. 5 u. 6. p. 313. 1896.)

Alexander v. Humboldt berichtet, dass er einmal vor Sonnenaufgang auf einem 10700 Fuss hohen Berge tiefstehende Sterne in wunderbar schwankender Bewegung gesehen habe. Eine diesem „Sternschwanken“ ähnliche Erscheinung, auch in einer Ausdehnung bis zu 30°, tritt auf, wenn wir in dunklem Raume einen mässig erleuchteten Gegenstand einige Zeit zu fixiren suchen. Fixirt man einen dunkeln Fleck auf weissem Grunde, so bewegt sich dieser nach Schweizer scheinbar „gleich wie wenn ein Insekt auf der weissen Wand bald dahin, bald dorthin zu kriechen versuchte“. Aubert fand bei seinen Versuchen, dass bei Fixation von Gegenständen sein Urtheil, ob die Gegenstände in Ruhe oder Bewegung waren, ziemlich unsicher war.

Bei der Erklärung des „Sternschwankens“ oder „Punktschwankens“ ist es ausgeschlossen, an eine Bewegung der Augen zu denken, denn es tritt auf, wenn alle den Rumpf und den Kopf bewegenden und wie die korrekte und übrigens gar nicht schwierige Fixirung ergiebt, auch die den Augapfel bewegenden Muskeln in ihrem Contraktionzustande vollständig beharren. Auch um Associationen von Vorstellungen kann es sich nicht handeln. E. giebt folgende Erklärung: Kleine oder lichtschwache Objekte, auf der Netzhaut abgebildet, geben unvollkommene Lokaleindrücke, so als würden auch die dem Bilde benachbarten Stellen der Netzhaut von ihnen afficirt (Aktionkreis eines Netzhauteindrucks). Bei dem Bestreben, ein solches kleines Objekt an dem Orte des deutlichsten Sehens festzuhalten, ruft nun die Fernwirkung den Eindruck hervor, als würde es hin- und herwandern, als ob es schwankende Bewegung mache. Sind keine anderen Objekte zur Controle der Blickbewegung im Gesichtsfelde, so kann der Winkelgrad der scheinbaren Bewegung sehr gross sein, da nach Versuchen von E. die Beurtheilung der Richtung unserer Blicklinie ohne Controle eben ausserordentlich schlecht ist und wir während der ganzen Zeit, in der eine Schwankung des Objektes nach einer bestimmten Richtung hin stattzuhaben scheint, glauben, ihm mit dem Blicke in dieser Richtung zu folgen, dabei aber doch uns nur mit Erfolg bestreben, das Objekt auf der Fovea centralis festzuhalten, d. h. zu fixiren. Lamhofer (Leipzig).

226. **Tägliche Schwankungen der Eigenschaften des Speichels**; von Dr. Ludwig Hofbauer. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 503. 1897.)

Der Speichel wurde zu verschiedenen Tageszeiten auf seine diastatische Wirksamkeit geprüft. Es ergaben sich folgende Schwankungen.

Der vor dem Frühstücke gesammelte Speichel ist stärker wirksam als der danach gesammelte, bald aber steigt die Wirksamkeit wieder bis zur Mittagszeit. Die diastatische Wirksamkeit sinkt durch das Mittagsmahl bedeutend und dieses hält

1—2 Stunden an. Dann steigert sich die Wirksamkeit wieder, aber nicht bis zur früheren Höhe, bis das Abendbrod wieder Depression hervorbringt.

Der nach dem Aufstehen abgesonderte Speichel hat die stärkste Trübung (geformte Bestandtheile) aufzuweisen. Nach dem Frühstücke ist er klar, trübt sich dann mehr und mehr bis zum Mittagsmahle. Danach ist er wieder klar und fängt nach einigen Stunden an, sich zu trüben.

Der Mucingehalt ist immer nach den Mahlzeiten vermehrt. V. Lehmann (Berlin).

227. **Ueber den Einfluss ein- und mehrmaliger Nahrungsaufnahme auf den Organismus**; von Dr. Franz v. Gebhardt. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 11 u. 12. p. 611. 1897.)

Adrian hatte bereits aus Versuchen an Hunden den Schluss gezogen, dass die Nahrung bei fraktionirter Aufnahme besser ausgenutzt wird. Die Versuche Adrian's schienen v. G. aber nicht beweisend und er stellte daher umfangreichere Versuche hierüber an. Er fand, dass bei täglich fraktionirter Nahrungsaufnahme der Körper mehr Stickstoff zurückhält, selbst wenn die Verdauungs- und Resorptionfähigkeit des Darmkanals durch einmalige Verabreichung der ganzen Nahrung nicht beeinträchtigt wird. V. Lehmann (Berlin).

228. **Ueber die Vertheilung von Fett und Eiweiss beim mageren Thier, zugleich ein Beitrag zur Methode der Fettbestimmung**; von Dr. Fr. N. Schulz. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 145. 1897.)

Nachdem hauptsächlich durch Dormeyer (s. oben Nr. 201) nachgewiesen ist, dass im Muskel die Fettbestimmung durch einfache Extraktion sehr ungenaue Resultate liefert, wandte Sch. die neue Methode (vorherige Verdauung mit Pepsin-Salzsäure) auch bei anderen Organen an. Er weist die Nothwendigkeit der Methode auch hier nach.

Es ergiebt sich weiter aus der Arbeit, dass der Stickstoffgehalt der verschiedenen trockenen fettfreien Organe annähernd derselbe ist.

Durch eine ausgedehnte Hungerperiode gelingt es nicht, ein Thier fettfrei zu machen oder wenigstens auf einen bestimmten unteren Fettgehalt zu bringen.

Der Cholestearingehalt der einzelnen Organe scheint sich beim Hunger nicht zu verändern, so dass im Aetherextrakt eine relative Zunahme der Cholestearinmenge stattfindet.

V. Lehmann (Berlin).

229. **Ueber die Veränderung der Chylusfette im Blute**; von Dr. med. Wilhelm Cohnstein und Dr. phil. Hugo Michaelis. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 473. 1897.)

Es ist bisher noch nicht untersucht worden, in welcher Weise das Fett aus dem Blute in die Gewebe gelangt. C. u. M. konnten zeigen, dass der Fettgehalt der Lymphe nicht zunimmt, sondern sich eher verringert, wenn der Fettgehalt des Blutes vermehrt wird. Das Fett muss sich also innerhalb der Blutbahn verändern.

Es konnte nachgewiesen werden, dass die Fettzersetzung im Blute, bei der die Anwesenheit von Sauerstoff nöthig ist, nicht bis zur Bildung von Wasser und Kohlensäure geht, sondern dass höchstwahrscheinlich Verseifung eintritt. Die fettspaltende Wirkung ist an die rothen Blutkörperchen gebunden, auch wenn diese durch Wasserzusatz zerstört sind. V. Lehmann (Berlin).

230. **Beitrag zur Chemie der Galle**; von Prof. G. Colasanti. (Moleschott's Untersuchungen zur Naturlehre XVI. 3. p. 284. 1897.)

Nach Verschluss der Vena portae bei Hunden sinkt die tägliche Menge der (durch Gallenfistel) abgeschiedenen Galle, auch das specifische Gewicht sinkt, etwa von 1019—1013. Die Farbe bleibt unverändert, aber der charakteristische Geruch schwindet. Wasser, Cholestearin, Fette, Mucin und anorganische Bestandtheile nehmen an Menge zu, die festen Rückstände, die Gallensäuren und die Gallenfarbstoffe nehmen ab.

V. Lehmann (Berlin).

231. **Ueber den Kreislauf der Galle im Organismus**; von Prof. E. Stadelmann. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 49. 1896.)

Schiff hat zuerst Beweise für einen Kreislauf der Gallensäuren gefunden. Wir wissen nunmehr, dass ein Theil der Gallensäuren im Darmkanal zersetzt, ein zweiter mit den Fäces entfernt wird, dagegen der grösste Theil unverändert resorbirt und aus dem Blute wieder durch die Leberzellen ausgeschieden wird. Auch wenn die Gallensäuren in eine Vene gespritzt worden, werden sie wieder in die Galle ausgeschieden. Dies geschieht auch mit eingegebenen, dem Thiere fremden Gallensäuren.

Einen ähnlichen Kreislauf machen die Gallenfarbstoffe durch, vom Cholestearin ist ein solcher sehr unwahrscheinlich.

Gallensäuren als Medikamente haben daher Werth für die Lösung der Gallensteine, ferner bei mangelhafter Fettresorption.

V. Lehmann (Berlin).

232. **Ueber den angeblichen Einfluss des Höhenklimas auf die Hämoglobinbildung**; von Dr. J. Weise. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 526. 1897.)

Durch die verdünnte Luft des Höhenklima sollen sich der Hämoglobingehalt und die Zahl der rothen Blutkörperchen vermehren. Bunge vermuthete, dass nur der Rauminhalt des geschlossenen Gefässsystems sich verkleinert, indem Plasma aus dem Blut in die Lymphräume übertritt. W. konnte in der That feststellen, dass der Hämoglobingehalt (des ganzen Körpers, ohne Verdauungs-

traktus, Gallenblase und Harnblase) von Kaninchen, die 4 Wochen in Andermatt (1444 m) und auf dem Pilatus (2070 m) gewesen waren, nicht grösser war als der von Thieren desselben Wurfes, die in Basel geblieben waren.

V. Lehmann (Berlin).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

233. **Ueber die Invasion von Mikroorganismen in die Blutbahn während der Agone**; von Dr. F. Chvostek und Dr. Gustav Egger. (Wien. klin. Wchnschr. X. 3. 1897.)

Ch. u. E. haben durch ihre Thierversuche die von Bouchard und Wurtz angegebene Thatsache, dass in der Agonie eine Invasion von Bakterien zumal aus dem Darme in die Blutbahn stattfindet, bestätigt gefunden und nehmen an, dass mit dem Absterben des Zellprotoplasma dessen baktericide Fähigkeit soweit erlischt, dass nunmehr der Durchtritt der Bakterien in die Blutbahn freigegeben wird. (Vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 225.)

Radestock (Dresden).

234. **Contribution à l'étude de l'envahissement des organes par les microbes pendant l'agonie et après la mort**; par Ch. Achard et E. Phulpin. (Arch. de Méd. expérim. VII. 1. p. 25. 1895.)

Dass in der Agonie und nach dem Tode Bakterien in grosser Zahl vom Darme her den Körper durchsetzen, ist bekannt. Weniger bekannt ist der Weg, den sie einschlagen. A. u. P. untersuchten in 49 Fällen während der Agonie das Blut und den durch Einstich gewonnenen Lebersaft, selbstverständlich unter Beobachtung der bei bakteriologischen Untersuchungen üblichen Technik; ebenso nach dem Tode Herzblut und Lebersaft. Das Resultat war verschieden. Die erste Gruppe von Fällen umfasste die, in denen während des Lebens Mikroben nachgewiesen wurden. In 6 Fällen, bei einer Septikämie, einem Uteruscarcinom, einer eitrigen Pyelonephritis, einer Bronchopneumonie, einer Streptokokkenendokarditis wurden sie im Blute nachgewiesen; in 8 weiteren Fällen fanden sie sich nicht im Blute, sondern nur im Lebersaft. Bei der Septikämie waren die Mikroben wohl nicht erst in der Agonie in das Blut gelangt. In einer zweiten, 24 Fälle umfassenden Gruppe war die Untersuchung während des Lebens negativ, doch ergab sie nach dem Tode Mikroben. Es handelte sich um 3 Uteruscarcinome, 1 Pyloruskrebs, 1 Pneumonie, 2 Bronchopneumonien, 2 Mitralinsufficienzen, 1 Pleuritis, 3 Apoplexion, 1 Altersgangrän, 1 Urämie, 1 Lungentuberkulose, 2 Lebererkrankungen. In der dritten Reihe von 11 Fällen, die 1 Bright'sche Niere, 1 Emphysem, 5 Pneumonien, 2 Phthisen, 1 Urämie und 1 Pyloruskrebs umfasste, war die Untersuchung auch nach dem Tode negativ.

Sehr wichtig ist der Einfluss der Aussentemperatur; betrug sie über 23°, so fiel die Untersuchung nach dem Tode positiv aus; war sie unter 19, so war das Resultat fast stets negativ. Zuerst wird immer die Leber mit Mikroben überschwemmt, vom Darme aus durch die Gallenwege. Am häufigsten fand sich der Staphylococcus albus, ferner das Bacterium coli, allein oder mit anderen zusammen.

E. Hüfler (Chemnitz).

235. **Ueber den Einfluss eines wechselnden Traubenzuckergehaltes im Nährmaterial auf die Zusammensetzung der Bakterien**; von Dr. R. Lyons in Heidelberg. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 1. p. 30. 1896.)

Cramer hat zuerst die Anpassungsfähigkeit der chemischen Zusammensetzung der Bakterien an die Beschaffenheit des Nährsubstrates bewiesen. In der vorliegenden Arbeit will L. prüfen, welchen Einfluss auf die Zusammensetzung der Bakterien ein verschiedener, allmählich gesteigerter Traubenzuckergehalt des Nährbodens hat. Die Untersuchung erstreckte sich auf die Fettarten (in Aether löslichen Stoffe), die in Alkohol löslichen Extraktivstoffe, endlich auf die eiweissartigen Körper und die Aschenbestandtheile. Es ergab sich, dass mit zunehmendem Traubenzuckergehalt des Nährbodens eine Abnahme des Bakterieneiweisses stattfand, hingegen Alkohol- und Aetherextraktivstoffe erheblich (um ca. 100%) zunahmen; allerdings scheinen bei einem Traubenzuckergehalte von mehr als 5% schon die günstigsten Bedingungen für die Bildung von fettartigen Körpern überschritten zu sein, während die alkoholischen Extraktivstoffe auch bei weiteren Zusätzen von Traubenzucker zum Nährboden noch zunehmen.

Ficker (Leipzig).

236. **Zur Vibrioneninfektion per os bei jungen Kaninchen**; von Dr. E. Wiener. (Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. Parasitenkde. XIX. 16 u. 17. p. 595. 1896.)

Metschnikoff hatte mittels Verfütterung von Massauahvibrionen bei jungen saugenden Kaninchen eine Krankheit erzeugt, die mit der menschlichen Cholera die grösste Aehnlichkeit aufwies. Diese Wirkung der genannten Vibrionen konnte durch gleichzeitige Einverleibung von *unterstützenden Arten* (z. B. eines „Coliähnlichen" Bacillus) erhöht werden. M. zog daraus den Schluss, dass unter Umständen der Choleravibrio nur mit Hülfe unterstützender Bakterien sich voll entwickeln könne. W. hat diese Versuche nachgeprüft. Er bestätigt die hohe Empfänglichkeit junger (5 Tage alter) Kaninchen für die vom Darme ausgehende Vibrioneninfektion. Schnelligkeit und Sicherheit des Auftretens der Erscheinung hängen von der

Virulenz der verwendeten Vibrionenart ab. Bei sehr virulenten Arten kann je nach der Menge der eingeführten Cultur die tödtliche Infektion ohne jede weitere Beihülfe herbeigeführt werden. Geht man mit der Menge der eingeführten Cultur herunter bis zu dem Punkte, wo die Krankheit gemildert wird, so soll durch Mitverfüttern unterstützender Arten eine den grösseren Vibrionenmengen zukommende Wirkung erzielt werden können. Wie schon Schloffer nachwies, können auch bei jungen Kaninchen mit alten Laboratoriumculturen keinerlei Krankheiten erzeugt werden. Ein aus dem Donauwasser isolirter, für Meerschweinchen pathogener choleraähnlicher Vibrio mit unterstützenden Arten (Bact. coli und Torula) verfüttert, erzeugte zwar ein „typisches" Cholerabild, aber die Vibrionen verschwanden, nur Bact. coli war massenhaft zu finden. Schliesslich prüfte W. nach, wie sich Cholera und Pyocyaneus (*nicht* virulent) in den jugendlichen Kaninchenkörper einverleibt verhalten, und fand, dass ein grösserer Procentsatz der so behandelten Thiere am Leben blieb als von den nur mit Vibrionen inficirten, dass ferner in der Mehrzahl der Fälle die Krankheit weniger akut verläuft und endlich in einer grösseren Zahl der lethal verlaufenden Fälle das Sektionbild sich mehr dem der gesunden, nicht inficirten Thiere nähert. [Weder die Metschnikoff'schen, noch die Wiener'schen Resultate sind derartig einwandfrei, dass sie verallgemeinert werden können. Ref.] Ficker (Leipzig).

237. **Studien über den Diplococcus pneumoniae Fraenkel**; von Dr. E. Levy und Dr. C. Steinmetz. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 2 u. 3. p. 89. 1896.)

L. u. St. hatten aus dem Sputum eines an sehr schwerer croupöser Pneumonie Erkrankten eine sehr virulente Pneumokokkencultur gezüchtet, die ausserdem die für vergleichende Thierversuche sehr günstige Eigenschaft besass, dass sie fortwährend in ihrer Wirkung constant blieb, allerdings musste alle 2—5 Tage von Neuem auf ein Kaninchen wiedergeimpft werden.

Mit solchem Materiale suchten sie folgende Fragen zu beantworten: *Bildet der Diplococcus lanceolatus giftige Stoffwechselprodukte?* Der häufige klinische Ausgang der Lungenentzündungen in Form der „Krise", wobei die Erscheinungen fast mit einem Schlage vollständig verschwinden, während das pneumonische Infiltrat noch unverändert besteht, liess von vorn herein die Annahme zulässig erscheinen, die Pneumokokken producirten einen Giftstoff und die Krise beruhe darauf, dass dessen Wirkung in irgend einer Weise aufgehoben werde. Aber weder in den Blutbouilloncu1turen, noch in den durch den Coccus veranlassten Exsudaten der serösen Häute war nach Abtrennung der Kokken durch das *Chamberland*'sche Thonfilter die Anwesenheit des hypothetischen Giftstoffes zu erweisen; eben so wenig enthielten diese Flüssigkeiten immunisirende Substanzen.

Auf Grund der Thatsache, dass bei Pneumonikern die Zahl der weissen Blutkörperchen manchmal sogar um das Dreifache des normalen Bestandes wächst, versuchten L. u. St. durch künstlich mittels intravenös und subcutan injicirten Milzextraktes hervorgerufene Leukocytose Heil-, bez. Schutzwirkung gegen Pneumokokkeninfektion zu erzielen; jedoch hatten sie nur einmal einen günstigen Erfolg, obwohl absichtlich die angewandte Cultur nicht sonderlich virulent gewählt worden war. H. Dreser (Göttingen).

238. **Ein in Eiscrême und Käse gefundener giftproducirender Bacillus**; von Prof. Vaughan und D. Perkins. (Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 308. 1896.)

Aus Eiscrême, nach dessen Genuss 50 Personen mehr oder weniger bedenklich erkrankt waren, und aus Käse, der 12 Krankheitfälle hervorgerufen hatte, isolirten V. u. P. einen Bacillus, der bei intraabdominaler Injektion für eine Reihe von Versuchsthieren sich als pathogen erwies. Die Versuche, das chemische Gift dieses Bacillus zu isoliren, waren erfolglos. Jedoch erwiesen die Filtrate sich als giftig. Aus Versehen [!] wurden von einer auf etwa das halbe Volumen reducirten keimfreien Milchcultur 10 Tropfen einem Kranken unter die Haut gespritzt. Er erkrankte schwer, während dieselbe Menge bei Thieren keine und grössere Mengen nur unbedeutende vorübergehende Wirkungen entfalteten. Ficker (Leipzig).

239. **Bacterium coli anindolicum und Bacterium coli anaërogenes**; von Dr. W. Lembke. Aus dem hygiein. Institut in Berlin. (Arch. f. Hyg. XXVII. 4. p. 384. 1896.)

L. hält es für nöthig, 2 in Hundefäces gefundene, zu der Coli-Gruppe gehörige Bakterien, von denen das eine kein Indol, das andere in Traubenzucker enthaltenden Nährböden kein Gas bildet, näher zu beschreiben. Er kommt zu dem Schlusse, dass wir nur dann von Typhusbacillen reden dürfen, wenn alle Eigenschaften des Typhusbacillus zusammen vorhanden sind.

Ficker (Leipzig).

240. **Bacillus pyocyaneus und hämorrhagische Diathese**; von Dr. H. Finkelstein. (Charité-Annalen XXI. p. 346. 1896.)

F. konnte im Blute oder in den inneren Organen von 3 Kindern, die durch langanhaltende Krankheiten äusserst heruntergekommen waren, neben anderen Mikroben den Bacillus pyocyaneus nachweisen. Diese Kinder boten in den letzten Tagen vor dem Tode die Anzeichen einer hämorrhagischen Diathese dar. Die Blutungen erfolgten bei den geringfügigsten mechanischen Insulten in die Haut und kamen wahrscheinlich zu Stande in Folge einer abnormen Brüchigkeit der Gefässwände.

Neumann beobachtete eine derartige Diathese bei 2 neugeborenen syphilitischen Kindern und konnte in beiden Fällen den Bacillus pyo-

cyaneus finden. Dieses nun bei 5 Kranken beobachtete Zusammentreffen scheint darauf hinzudeuten, dass der Bacillus pyocyaneus in der Aetiologie der beschriebenen Diathese eine bestimmte Rolle spielt. Brückner (Dresden).

241. **Ueber das Vorkommen von Blastomyceten in den Epitheliomen und ihre parasitäre Bedeutung**; von R. Binaghi in Cagliari. (Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIII. 2. p. 283. 1896.)

Bei der Untersuchung zahlreicher Epitheliome fand B. in der Regel die von Sanfelice u. A. beschriebenen Blastomyceten, theils frei, theils als Zelleneinschlüsse. Dass es sich um Parasiten und nicht um Degeneration der Gewebezellen handelt, wird vor Allem durch die chemische Reaktion bewiesen, die das Vorhandensein von Cellulose ergiebt. In nicht krebsigen Geweben fand B. die Blastomyceten niemals, er hält sie für die wahren specifischen Erreger der Epitheliome.

Woltemas (Diepholz).

242. **Étude clinique et expérimentale sur quelques types nouveaux de teignes exotiques**; par Paul Courmont. (Arch. de Méd. expérim. et d'Anat. pathol. VIII. 6. p. 700. 1896.)

In der Negercolonie aus Senegal bei der Lyoner Colonialausstellung 1894 konnte C. eine grosse Anzahl haarkranker Neger beobachten. Die Sitte dieses Negerstammes, den Kindern allmonatlich das Hauptbaar von einem eingeborenen (unsauberen) Barbier rasiren zu lassen, begünstigt ungemein die Verbreitung ansteckender Pilzerkrankungen der Kopfhaut, von denen C. 3 Typen fand. Der eine entsprach ganz der auch in Frankreich heimischen Form von Trichophyton tonsurans; seine Culturen glichen denen des heimischen Pilzes, waren auf Thiere übertragbar und verursachten relativ geringe Verwüstungen des Haarbodens. Die Mehrzahl der Haarkranken zeigte sich indessen von bösartigen Pilzwucherungen auf der Kopfhaut befallen, als deren Urheber C. zwei neue exotische Typen des Trichophyton entdeckte und züchtete, ein Trichophyton endothrix mit sporentragendem Mycelium und ein zweites nicht sporentragendes. Die Culturen der exotischen Abarten auf künstlichem Nährboden waren charakteristisch verschieden gestaltet und verschieden gefärbt, je nach der Temperatur des Brutkastens.

Radestock (Dresden).

243. **Une nouvelle mycose à grains jaunes; ses rapports avec l'actinomycose; est-ce une variété de l'actinomycose ou une espèce différente?** par L. Dor. (Gaz. hebdom. XLIII. 47. 1896.)

In einem Falle von geschlossener phlegmonöser Schwellung des Unterkieferwinkels fand D. im Eiter spärliche, auffallend grosse, gelbe Körner, die mikroskopisch aus einem Filzwerke feiner Fäden bestanden mit zahlreichen, in den Maschen eingelagerten ovoiden Körnern. Die Fäden zeigten keine dichotomische Verzweigung und keine Keulenbildung. Agar- und Gelatineröhrchen, die mit den Massen beschickt wurden, blieben steril; dafür trat in Bouillonculturen rasch Trübung auf mit leicht fötidem Geruch und mikroskopisch konnte man in ihnen alle Uebergänge von den ovoiden Kokken zu Stäbchen- und Fadenbildung nachweisen. Die Fäden trugen auch hier keine Keulen, keine dichotomische Verzweigung. D. ist geneigt, diesen „neuen Pilz mit gelben Körnern" als selbstständige Art aufzufassen, nicht als eine einfache Varietät des Actinomycespilzes.

Marwedel (Heidelberg).

244. **Bakterienbefunde bei primärer Pyelonephritis**; von Dr. E. Graf in Köln. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 38. 1896.)

Nach einer kurzen Einleitung über die verschiedenen Möglichkeiten, wie Bakterien in die oberen Harnwege gelangen können, berichtet G. über 2 Fälle von „primärer" Pyelonephritis. Der Urin enthielt im ersten Falle Unmengen von Bacterium coli commune; noch 4 Wochen nach Beginn der Erkrankung war seine Trübung fast ausschliesslich auf massenhafte Bakterien zu beziehen. Die kurzen, in ihrer Grösse wechselnden Stäbchen, die im 2. Falle gefunden wurden, konnte G. unter eine der bekannten Bakterienarten nicht unterbringen. v. Baumgarten, dem er eine Cultur sandte, meinte, dass der Bacillus zwar nicht das gewöhnliche Bacterium coli, aber eine sehr nahe verwandte Art sei. Ueber sein morphologisches und biologisches Verhalten giebt G. genaue Mittheilungen. Patzki (Leipzig).

245. **On bacillus proteus urinae: a new variety of the proteus group, discovered in the urine of a patient suffering from cystitis**; by P. Horton-Smith. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 210. 1896.)

H.-Sm. fand in dem ammoniakalischen Harne eines Cystitikers einen zur Proteusgruppe gehörigen, beweglichen, cilientragenden Bacillus, den er als Bacillus proteus urinae beschreibt, den er nicht für den specifischen Erreger der Cystitis, wohl aber für den Urheber der ammoniakalischen Harnzersetzung hält. Radestock (Dresden).

246. **Ueber einen Fall von Hydrothionurie**; von Dr. Franz v. Stransky. (Arbeiten aus der med. Klinik d. Prof. v. Jaksch. Berlin 1897. Fischer's med. Buchh. p. 17.)

Der Harn eines Leberkranken zeigte Geruch nach H_2S. Er war klar und trübte sich erst nach längerem Stehen. Cystitis oder abnorme Communikation mit dem Darme bestand nicht.

Man erhielt aus dem Harne eine Reincultur eines Bakterium, das, anderen Harnen hinzugesetzt,

H_2S-Entwickelung hervorrief. Nach seinem Verhalten hält v. S. das Bakterium für Bacterium coli.
V. Lehmann (Berlin).

247. **Ueber den Zusammenhang zwischen der sogenannten perinuclearen Basophilie und der Ausscheidung der Alloxurkörper im Harn**; von Dr. Th. B. Futcher. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 39. 1896.)

Nausser fand bei uratischer Diathese durch die Ehrlich'sche Färbung in den Leukocyten Körner und Tropfen um den Kern gelagert, die sich mit der basischen Componente der Triacidmischung stark schwarz färbten. Nach ihm und nach Kolisch bedeutet dieser Blutbefund eine Vermehrung des Nucleingehaltes im Blute.

F. zeigt an verschiedenen klinischen Stoffwechselversuchen, dass diese „perinucleare Basophilie" durchaus kein charakteristisches Symptom ist. Weder werden bei ausgeprägter perinuclearer Basophilie immer die Alloxurkörper in erhöhter Menge ausgeschieden, noch kommen die Neusser'schen Granula ausschliesslich in Fällen von Alloxurdiathese vor. Auch kommen bei derselben Krankheit grosse Schwankungen in der Reichlichkeit der Granula vor. V. Lehmann (Berlin).

248. **Ueber die Bedeutung der Retention von Chloriden im Organismus für die Entstehung urämischer und komatöser Zustände**; von Cand. med. Julius Bohne. (Fortschr. d. Med. XV. 4. 1897.)

B. fand (in Uebereinstimmung mit Richet und mit Blumenthal), dass verhältnissmässig geringe Kochsalzmengen bei subcutaner Injektion direkt giftig wirken. Er beobachtete klonische und tonische Zuckungen, abwechselnd mit einem komaähnlichen Zustande und herabgesetzter Athmungsthätigkeit. Er zeigt nun, dass bei urämischem und bei carcinomatösem Koma die Chlorausscheidung beträchtlich herabgesetzt ist. Das zurückgehaltene Chlor braucht sich nicht im Blute vorzufinden, sondern kann z. B. in der Leber angehäuft werden.

Die Retention der Chloride im Körper ist danach bei der Erzeugung von urämischen und komatösen Erscheinungen hervorragend betheiligt.
V. Lehmann (Berlin).

249. **Zur Kenntniss der specifischen Krystallbildungen im Genitalsystem des Mannes**; von P. Fürbringer. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 38. 1896.)

F. erinnert an die neueren Studien Th. Cohn's, der die Charcot'schen und Böttcher'schen Krystalle als „in krystallographischer Beziehung verschiedene Körper" anspricht, und wendet sich dann gegen die Schlussfolgerungen, die Lubarsch rücksichtlich der Beziehungen der von ihm im Hoden gefundenen Charcot'schen und der Böttcher'schen Spermakrystalle ausgesprochen hat. F. beruft sich auf die von Lubarsch nicht berücksichtigten Resultate seiner vor 15 Jahren veröffentlichten Untersuchungen über die Herkunft und die klinische Bedeutung der Spermakrystalle, und will es unter allen Umständen festgehalten wissen, dass die Böttcher'schen Spermakrystalle im Wesentlichen als Produkte der Prostataepithelien, also als Prostatakrystalle und nicht als Hodenkrystalle (Lubarsch) zu bezeichnen sind. Vorläufig kann F. die von Lubarsch in den Hoden aufgefundenen Charcot'schen und die Böttcher'schen Krystalle nur als zwei verschiedene Gebilde betrachten. Patzki (Leipzig).

250. **Das Auskrystallisiren des Bilirubins im Fettgewebe**; von Dr. Wilhelm Knoepfelmacher. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 24. 1896.)

Bei Neugeborenen, die während oder kurz nach der Geburt verstorben sind, finden sich im Fettgewebe des Peritonaeum, der Nierenkapsel, des Mediastinum Bilirubinkrystalle. Es ist dies als postmortale Erscheinung zu betrachten. K. weist nach, dass das Auskrystallisiren auf Wirkung der Fettsäuren beruht, die das durch Gallenalkalien in Lösung gehaltene Bilirubin ausfällen. Verstärkt man künstlich die Alkalescenz oder verdünnt man stark, so krystallisirt das Bilirubin nicht aus.

Offen bleibt die Frage, ob das Bilirubin vielleicht im Blute des Neugeborenen in Lösung ist oder ob nach dem Tode die Gewebe sich mit Galle durchtränken. V. Lehmann (Berlin).

251. **Ueber fetthaltige Ergüsse in den grossen serösen Höhlen**; von Dr. Rotmann. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 5 u. 6. 1897.)

Aus der medicinischen Klinik in Greifswald werden 2 Fälle von fetthaltigem (milchigem) Erguss in die Bauchhöhle beschrieben.

In dem 1. Falle handelte es sich um einen „chylösen" Ascites durch Chylusstauung in Folge von Carcinoma peritonaei et mesenterii (Primärsitz im Magen). Das milchweisse Aussehen, der hohe Gehalt an Fett, dessen feine Vertheilung in kleinste Körnchen, die geringfügige Menge zelliger Gebilde, vor Allem der anatomische Nachweis einer starken Stauung in den Chylusbahnen sprachen mit Bestimmtheit für eine Beimischung von Chylus, die entweder durch eine mikroskopische Zerreissung der Gefässe oder durch Transsudation von Chylus durch die verdünnten, in ihrer Ernährung beeinträchtigten Gefässwandungen zu erklären ist.

In dem 2. Falle wurde ein „chyloider" (chylusähnlicher) Ascites bei Carcinoma pylori et duodeni mit Metastasen in Leber und retroperitonäalen Lymphdrüsen beobachtet. Eine eiterähnliche, nicht milchweisse Beschaffenheit, sowie das Fehlen einer Stauung oder Zerreissung im Verlaufe der Chylusbahnen machten die Beimischung von Chylus unwahrscheinlich. Die Farbe und der Fettgehalt waren durch zahlreiche, fettig degenerirte Zellen bedingt, die zu einem Theile Endothelzellen des Peritonaeum waren.

In einem weiteren Falle wurde ein chyloider Erguss in der Pleurahöhle beobachtet bei Pleuritis exsudativa (wahrscheinlich tuberkulösen Ursprungs). Das Exsudat war sehr eiweissreich und zeigte zahllose kleinste Fetttröpfchen, die ihre Entstehung zelligen Gebilden in den

verschiedensten Stadien der fettigen Degeneration verdankten.

Als Ergänzung zu den von Bargebuhr gesammelten 126 Beobachtungen führt R. weitere 29 Fälle von fetthaltigen Ergüssen in die serösen Höhlen an, so dass die Statistik jetzt 104 Fälle von fetthaltigen Ergüssen in die Bauchhöhle, 49 in die Brusthöhle und 2 in den Herzbeutel umfasst. Von den Ergüssen in die Bauchhöhle sind 63 chylös, 21 chyliform, 4 Mischformen; von denen in die Brusthöhle 27 chylös, 13 chyliform; von denen in den Herzbeutel ist je einer chylös und chyliform. Bei den fehlenden Fällen ist die Art nicht zu bestimmen gewesen. Wenn die Auffassung Leydhecker's richtig ist, nach der ein relativ hoher Zuckergehalt in einzelnen Fällen von Ascites chylosus dann zu Stande kommt, wenn die Lymphgefässe der Leber ihren Inhalt dem Transsudate beimischen, müsste man bei chylösen Ergüssen, die durch Verlegung oder Verletzung der Chylusbahnen oberhalb des Zuflusses der Leberlymphgefässe bedingt sind, Zuckergehalt finden, bei allen anderen nicht. In 16 Fällen, in denen Angaben über Zuckergehalt zu finden und in denen der Sitz der Ursache durch die Sektion festzustellen waren, sprachen die Befunde im Grossen und Ganzen für die Auffassung Leydhecker's. Der von einigen Autoren betonte Zuckernachweis bei der Erkennung chylöser Ergüsse verliert jedoch an Werth, da R. und Andere auch in serösen Trans- und Exsudaten häufig Zucker nachweisen konnten.

Forstmann (Dresden).

252. **Some experiments on the production of pleural effusion;** by J. B. Leathes and E. H. Starling. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 175. 1896.)

L. und St. verschlossen bei Hunden die Vena azygos durch Obturatoren; trotz des hierdurch erhöhten Druckes in den Capillaren der Pleura und des Mediastinum entstand kein Pleuraerguss. War aber vorher den Versuchsthieren eine Jequirity-extraktlösung behufs Schädigung der Capillarwandungen in die Pleura gebracht worden, so fand eine reichliche, oft tödtliche Exsudation in die Pleura als dem Orte geringeren Druckes statt. Somit ist, wie L. und St. schliessen, zur Entstehung pleuritischer Ergüsse eine vorherige Läsion der Capillarwandungen, z. B. durch Herzfehlerstauungen u. s. w., erforderlich.

Radestock (Dresden).

253. **Ueber die Veränderungen der Synovialmembran bei Berührung mit Blut;** von A. Jaffé. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 69. 1897.)

Die Ergebnisse der von J. an Kaninchen angestellten Untersuchungen sind folgende: 1) Die *Synovialis* ist keine seröse Haut, sondern eine bindegewebige Membran, die an ihrer, der Gelenkhöhle zugekehrten Fläche von vielen, sehr dicht aneinander liegenden Bindegewebezellen durchsetzt ist, während die tieferen Schichten spärlich mit Zellen versehen sind. 2) Die *Gerinnung* des Blutes tritt schon im Laufe der 1. Stunde ein. Die Gerinnsel nehmen aber mit der zunehmenden Menge der abgesonderten Synovia ab, um schliesslich nach 24 Stunden einer zähflüssigen, blutigen Masse Platz zu machen. 3) Am 2. Tage bis zum 8. Tage zeigen sich zuerst an Grösse zunehmende, dann aber abnehmende Gerinnsel. Dieser Umstand scheint sich durch einen gerinnungswidrigen Einfluss der Synovia aufzuklären. 4) Schon vor der 4. Stunde nach der Injektion von Blut beginnt eine herdweise auftretende Rundzelleninfiltration, die bis zum 5. Tage ansteigt, dann aber allmählich abnimmt, um gegen den 9. und 10. Tag ganz zu verschwinden. 5) Das flüssige Blut wird zum allergrössten Theil in die Saftspalten der Synovialis getrieben und von dort durch die Lymphbahnen abgeführt. Der kleinere Theil der Resorption wird durch pigmentaufnehmende Leukocyten und Bindegewebezellen vollzogen. 6) Vom 6. Tage an zeigt sich eine stärkere Versorgung der Synovialis mit Blutgefässen. Der Gefässreichthum steht am höchsten am 8. Tage. J. vermuthet, dass dieser Zustand auf einer Gefässneubildung beruht, kann aber keinen sicheren Beweis dafür erbringen.

Der Arbeit ist eine Tafel mit Abbildungen beigegeben.

P. Wagner (Leipzig).

254. **Ueber eine seltene Form von Erkrankung der Knochen und Gelenke;** von Dr. Alfred Bruck in Berlin. (Deutsche med. Wchenschr. XXIII. 10. 1897.)

Das sonderbare Leiden, das B. an einem 31jähr., ganz verkrüppelten Manne beobachtete, bei dessen Eltern und Geschwistern ähnliche Affektionen nicht aufgetreten waren, hatte im 14. Lebensjahre mit mehrfachen Spontanfrakturen der fortgesetzt schwächer werdenden Beine begonnen. Brüche an den Armen kamen nicht vor, trotzdem verkrümmten sich die Armknochen beträchtlich. Zu der Zerbrechlichkeit der Knochen gesellten sich nach 4 Jahren eine fortschreitende knöcherne Ankylosirung der Arm- und Kiefergelenke, vor Allem der Ellenbogengelenke, sowie ein fortschreitender Muskelschwund, durch den die Glieder immer dünner und verbogener wurden, so dass der Kr. ganz hülflos wurde. Die Tibien waren zuletzt nur 1 cm breit, nach vorn und innen convex gekrümmt, aber von glatter Oberfläche; auffallend war die Ungleichheit der Füsse, der rechte war 14, der linke 19 cm lang. Auch die Handgelenke waren unbeweglich, Finger- und Zehengelenke dagegen frei geblieben. Thorax und Wirbelsäule waren stark deformirt, der Schädel gesund.

Die inneren Organe waren gut, nur bestand etwas Dyspnöe. Der Urin zeigte normale Werthe für Kalk- und Magnesiaabscheidung.

Br. schliesst bezüglich der Diagnose des Falles Rhachitis aus, da der Kranke sich bis zum 14. Jahre normal entwickelt hatte und bereits mit 9 Monaten laufen konnte; ebenso schliesst er die (senile) Osteoporose aus, auch die Osteomalacie, da gegenwärtig die Knochen zwar verbogen, aber nicht biegsam seien und da der Process langsam und mit Gelenkerkrankungen verlief. Auch ein luetisches Leiden schliesst Br. bestimmt aus.

Die Literatur enthält aus der Feder Gunn Sinclair's (Brit. med. Journ. Dec. 1895) einen ähnlichen Fall bei einem 27jähr. Mädchen, den indess Br. für Osteomalacie hält.

Der Br.'sche Fall lässt sich weder im Rahmen der Osteomalacie, noch in dem der Rhachitis unterbringen; er ist eine noch unspecificirbare Knochenkrankheit, die das Skelet in solcher Ausdehnung zum Schwund gebracht hat, dass nach 17 Jahren ihres Bestehens nur noch kümmerliche Reste früherer Substanz übrig geblieben sind; auch die von Virchow für diesen Fall gewählte Bezeichnung „zehrende Knochenkrankheit" sieht von einer Klassifikation ab.

Im Uebrigen vermissen wir in diesem Falle eine Bestimmung des Kalkgehaltes der Fäces.

Radestock (Dresden).

255. The varieties of ankylosis by bone in different parts of the skeleton; by J. Griffiths. (Journ. of Pathol. and Bacteriol. IV. 2. p. 284. 1896.)

G. bespricht zunächst die Ankylosen der Wirbelsäule, die er in angeborene und erworbene eintheilt. Die angeborenen Ankylosen des axialen Skelettes finden sich bekanntlich beim Menschen am Schädel und am Kreuze, bei den Walen und Gürtelthieren finden sie sich an den Hals-, bei den Schildkröten an den Rückenwirbeln. Ankylose der Halswirbel beim Menschen fand sich beim Anencephalus, wovon G. ein Präparat aus dem Cambridge-Museum abbildet. Ausser den durch Eiterung entstandenen Ankylosen der Rückenwirbel sah G. auch solche durch deformirende Spondylitis bei Alterskyphose entstehen. An der menschlichen Halswirbelsäule finden sich indess nur Ankylosen nach eiterigen Processen.

Radestock (Dresden).

256. Ueber angeborene blasige Missbildung der Lunge; von Dr. Oskar Stoerk in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. X. 2. 1897.)

St. beschreibt eine bei einem todtgeborenen (embryotomirten) Kind im rechten Mittellappen gefundene blasige Missbildung der Lunge, die in Folge ihres Druckes auf die Vena cava mit consekutiver Wassersucht zum Geburtshinderniss wurde. Er erklärt sie für ein *cystisches fötales Bronchialadenom*, womit er ihre Entstehung durch excessive Wucherung des embryonalen Bronchialgewebes ausdrückt und sie absondert von denjenigen angeborenen blasigen Missbildungen der Lunge, die als Retentionscysten in Folge fötaler Verschlüsse von Bronchialästen zu betrachten sind. Radestock (Dresden).

257. Experimentelle Studien über den Pneumothorax; von Dr. E. Aron. (Virchow's Arch. CXLV. 3. p. 562. 1896.)

A. hat seine Versuche an Kaninchen angestellt und kommt zu Ergebnissen, die vielfach bereits Bekanntes, namentlich auch die Angaben von Sackur (Jahrbb. CCL. p. 124), bestätigen. Als das Wichtigste ergab sich, „dass es unmöglich ist, den intrapleuralen Druck auch nur einseitig in irgend einer Weise zu ändern, ohne dass der Blutdruck und der intrapleurale Druck der anderen Seite dadurch gleichfalls berührt werden. Es besteht zwischen diesen 3 Faktoren ein inniges Abhängigkeitsverhältniss". Dippe.

258. Leberzellen und Gelbsucht; von Prof. C. Nauwerck. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.)

N. weist mit Hülfe von injicirten, bez. mit Safranin gefärbten mikroskopischen Leberpräparaten nach: 1) dass die von Kupffer entdeckten *Sekretvacuolen* der Leberzellen nicht den Beschluss der Gallenbahnen bilden, sondern dass die Leberzellen um den Kern herum von einem feinen Kanälchennetze erfüllt sind, das mit den intercellulären Gallencapillaren in offener Verbindung steht; 2) dass von der Blutbahn aus eine Injektion der Leberzellen möglich ist, da sich um die Kerne der Leberzellen herum ein dichtes Netz von Blutcapillaren befindet.

Hieraus entnimmt N. eine neue Auffassung des Stauungs-Ikterus: Der *Uebertritt* der Galle in die Blutbahn braucht nicht den Umweg durch den Ductus thoracicus zu machen, sondern kann *in den Leberzellen selbst* vor sich gehen, durch Diffusion aus den um die Kerne herum befindlichen Gallencapillaren in die benachbarten Blutcapillaren.

Radestock (Dresden).

259. Invagination intestinale agonique; par G. Milian. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 21. p. 778. 1896.)

M. beschreibt eine agonale Invagination des Ileum bei einem unter dyspnoischen Erscheinungen gestorbenen Tuberkulösen, die in der Nachbarschaft zweier tuberkulösen Geschwüre 75 cm von der Bauhin'schen Klappe entfernt sich vorfand. Er erklärt das Zustandekommen dieser agonalen Invagination einmal aus der Kaliberdifferenz des Darmrohres, wie sie durch Darmgeschwüre oder deren Narben geschaffen wird, in zweiter Linie aus der Dyspnöe, die durch Anspannung der Bauchpresse das Hineingleiten eines Darmstückes von geringerem Kaliber in ein sich ihm anschliessendes Stück von grösserem Kaliber begünstigt. Radestock (Dresden).

260. Die Herkunft der Wanderzellen in der Hornhaut. *Ein Beitrag zur Entzündungslehre;* von Dr. Georg Buddee in Greifswald. (Virchow's Arch. CXLVII. 2. p. 217. 1897.)

Die Abhandlung B.'s, die auch eine kritische Uebersicht über ähnliche Arbeiten enthält, ist ausschliesslich gegen die Entzündungstheorie Cohnheim's gerichtet. Gerade die von Cohnheim aufgestellten Sätze, dass die in der Hornhaut auftretenden entzündlichen Zellenformen den Leukocyten ähnlich seien, dass die einfache traumatische Keratitis immer am Rande beginne, dass neben den eingewanderten Eiterkörperchen die fixen Hornhautzellen mit ihren Ausläufern unverändert seien, bestreitet B. auf Grund seiner Untersuchungen und der von ihm verwendeten Färbemethoden vollständig. Lamhofer (Leipzig).

261. Beitrag zur Kenntniss der pathologischen Anatomie des Pyramidalstaars mit Hornhautadhärenz; von Dr. W. Haring in Ostrau. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 25. 1897.)

H. hat ein Auge mit Pyramidalstaar, der in der Kindheit eines Mannes bei schwerer Augenentzündung entstanden war, genau untersucht. Es bestand eine innige Verwachsung der Linse mit der Hornhaut durch einen Zapfen oder Kegel, der in Folge von Dehnung und behindertem physiologischen Wachsthume nur mit einer ganz

dünnen Kapsel bedeckt war. Der Kegel selbst bestand aus neugebildeten Massen von bindegewebiger, aus der Hornhaut stammender und glashäntiger Beschaffenheit. Sogar Gefässe erstreckten sich aus der Hornhaut in den bindegewebigen Strang. Lamhofer (Leipzig).

262. **Ist die Weissfärbung der Netzhaut in Folge stumpfer Gewalt in der That als ein akutes Oedem in Folge Bluterguss zwischen Aderhaut und Lederhaut im Sinne Berlin's aufzufassen?** von Dr. Denig in Würzburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 1. p. 52. Dec. 1896.)

Berlin fand, dass bei Stoss oder Schlag auf das Auge von Kaninchen eine mehrere Stunden dauernde Trübung der Netzhaut und stets ein Bluterguss zwischen Netzhaut und Aderhaut auftrat. Nach D. sind aber diese Blutungen nicht die Ursache der Trübung, sondern nur zufällige Nebenbefunde; sie treten auf, wenn beim Experimente ein besonders starker Schlag oder Stoss auf das Auge ausgeübt wird. Die Trübung über Stellen mit Aderhautblutungen ist von der Netzhauttrübung verschieden, da letztere viel heller „milchig-weiss", als erstere ist. Mikroskopisch fand D. zahlreiche kleine Buckel in der Netzhaut, eine Folge von Flüssigkeitaustritt aus dem Glaskörper in die Nervenfaserschicht. Trübung der Netzhaut, Buckel der Nervenfaserschicht, Transsudat zwischen Stäbchen und Zapfen, Herabsetzung des Sehvermögens, Gesichtsfelddefekt, jede dieser Erscheinungen kann für sich allein oder zu mehreren gleichzeitig auftreten, ganz nach der stärkeren oder schwächeren Gewalt, durch die eine sogenannte Commotio retinae hervorgerufen wurde. Lamhofer (Leipzig).

263. **Anatomische Untersuchung zweier Fälle von akutem Glaukom**; von Dr. A. Elschnig in Wien. (Sond.-Abdr. aus d. Beiträgen zur Augenhkde., Festschr. für Prof. Schnabel. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann.)

E. hatte das Glück, zwei nicht operirte Augen mikroskopisch zu untersuchen, an denen er 23, bez. 7 Tage vor dem Tode der Kranken ein akutes Glaukom beobachtet hatte. Die Veränderungen in den Augen sind einfach der Reihe nach beschrieben ohne jede subjektive Deutung des Befundes. Die Durchsicht des Originales ist dringend nothwendig. Erwähnt sind: die Degeneration des Hornhautepithels, Unregelmässigkeit und Warzenbildung der Descemetischen Membran, Verengerung der vorderen Kammer, Vergrösserung der Linse in allen Durchmessern, Vordrängung der Iris und Verlegung der Kammerbucht, hyaline Entartung der Irisgefässe, theilweise Verlegung des Schlemmischen Kanales, seniumartige Veränderung des Ciliarkörpers, Vorschiebung seiner cirkulären Muskelbündel, Veränderungen warziger oder polypöser Natur an einzelnen Vortexvenen, Rundzelleninfiltration in der mittleren Gefässschicht der Aderhaut, kolbige Anschwellungen und Degeneration der Nervenfasern im intrachorioidealen und intraskleralen Sehnervenstücke und Rundzellen-Anhäufung an den die Sklera durchsetzenden Nerven und Gefässen. Die Abhandlung enthält 6 Abbildungen. Lamhofer (Leipzig).

264. **Des dégénérescences rétrogrades dans les nerfs périphériques et les centres nerveux**; par M. Klippel et G. Durante. (Revue de Méd. XV. 2. 4. 7. 8. 1895.)

In einer ausführlichen, über mehrere Hefte der Zeitschrift sich erstreckenden Abhandlung kommen Kl. und D. zu folgenden Schlussfolgerungen.

Es giebt sowohl im peripherischen, wie im centralen Nervensysteme eine aufsteigende, von der Läsion nach der Ursprungszelle des Neuron fortschreitende Degeneration. Diese Degeneration findet sich in motorischen sowohl, wie in sensibeln Nerven; ebenso im Centralnervensysteme, so in der Schleife, in der Kleinhirnbahn, in den Hintersträngen, in der Pyramidenbahn. Sie geht oft, jedoch nicht immer, bis zum Kerne, der sehr oft mit leidet; ja sie kann diesen Kern überschreiten und das nächste Neuron befallen. Diese Degeneration tritt nicht so schnell auf wie die Waller'sche, sondern ist vor 10—40 Tagen nicht nachweisbar. Je jünger das Individuum, je näher am Kerne die Verletzung, um so schneller tritt sie hervor. Schon nach einigen Monaten ist der regressive Process beendet und nicht mehr nachweisbar. Während bei der Waller'schen Degeneration der Achsencylinder zunächst betroffen wird, ist es hier die Markscheide. Das Myelin löst sich in feine Körnchen auf oder wird allmählich resorbirt. Mit der Marchi'schen Methode lässt sich diese Resorption um die Gefässe herum nachweisen. Selbst wenn die Degeneration auf ein anderes Neuron überspringt, ist der zwischenliegende Kern nicht immer als erkrankt nachweisbar. Höchstens findet sich einfache Atrophie der Ganglienzellen mit Alteration des Chromatingerüstes, die bis zu dessen völligem Untergange führen kann. Wenn auch die Faser mit der Zelle im Zusammenhange bleibt, sobald sie von der Peripherie abgeschnitten ist, sobald sozusagen die „nervöse Cirkulation" fehlt, wird sie geschädigt. So erklären sich auch die Rückenmarksveränderungen bei Amputirten, so auch manche sogen. reflektorische Muskelatrophien. Auch manche Fälle von amyotrophischer Lateralsklerose finden hierdurch eine Erklärung, indem die Seitenstrangdegeneration sekundär, die Erkrankung des primären motorischen Neuron primär ist; ebenso sind wohl manche Fälle von combinirter Strangerkrankung so aufzufassen. E. Hüfler (Chemnitz).

265. **Untersuchungen über die Regeneration des Achsencylinders durchtrennter peripherer Nerven**; von P. Ziegler. (Arch. f. klin. Chir. LI. 4. p. 796. 1896.)

Z. hat an Ratten, Kaninchen und Hunden die NN. ischiadici entweder durchtrennt oder umschnürt und dann nach verschieden langer Zeit die Regeneration beobachtet. Die genaue Beschreibung der Methode, sowie der benutzten Färbungen muss im Originale eingesehen werden. Die Hauptresultate sind folgende:

Nach der Läsion tritt in einem grösseren Abschnitte des peripherischen und einem kleineren des centralen Stückes eine Degeneration ein, die als ein vitaler Akt aufgefasst werden muss: Achsen-

cylinder und Mark der degenerirenden Faser werden durch ein färbbares kernhaltiges Protoplasma verflüssigt. Eine Betheiligung von Leukocyten an diesem Processe schliesst Z. aus, jedenfalls sicher für den centralen Nervenstumpf. Das Plasma ist ein Produkt der Kerne der Schwann'schen Scheide, die durch die Läsion eine bedeutende Wucherung und Vermehrung erfahren. Nach der Degeneration tritt die Regeneration auf. Diese erfolgt nur am centralen Stumpfe und schliesst sich hier unmittelbar an die Degenerationzone an; auch sie geht hervor aus demselben Plasma wie die Degeneration. Eine Neubildung von Fasern erfolgt schon vor dem völligen Verschwinden der Degenerationprodukte. Alte und neue Fasern werden durch einen mit der Schwann'schen Scheide der alten Faser eng zusammenhängenden Protoplasmapfropf verbunden; die neue Faser ist also zunächst ein Protoplasmastrang; sie enthält viele grosse Kerne. Die Bildung der neuen Fasern schreitet distal von der Degenerationzone vor; es erfolgt sehr bald an ihnen eine vom Centrum nach der Peripherie fortschreitende Differenzirung: zuerst tritt der Achsencylinder auf, der meistens nicht unmittelbar an das distale Ende der alten Faser anschliesst, sondern dazwischen eine Strecke frei lässt; der Anschluss beider aneinander erfolgt erst sekundär. Nach dem Achsencylinder erscheint das Mark. Die Kerne, die anfangs sich nur in Verbindung mit dem Achsencylinder finden, rücken allmählich nach aussen und finden sich schliesslich nur noch im Protoplasmamantel. Dann erst erfolgt die Bildung der Schwann'schen Scheide. Jedenfalls ist aber die neugebildete Faser immer noch kernreicher als die normale, ein Theil der Kerne geht allmählich zu Grunde.

Gegenüber den bisher vertretenen Anschauungen, nach denen sich die neue Faser durch „Auswachsen" des Achsencylinders bildet, betont Z., dass die Hauptsache bei der Bildung neuer Fasern das Plasma ist, aus dem dann die Bestandtheile der neuen Fasern sekundär entstehen.

W i n d s c h e i d (Leipzig).

266. **Ueber Hämatomyelie**; von Prof. A. G o l d s c h e i d e r u. Dr. E d w. F l a t a u. Aus d. städt. Krankenhause Moabit in Berlin. (Ztschr. f. klin. Med. XXXI. 3 u. 4. p. 175. 1896.)

Bei der Vorliebe der Verbreitung der Rückenmarksblutungen gerade in der grauen Substanz und namentlich im Hinterhorn untersuchten G. und Fl. experimentell diese Verhältnisse, indem sie defibrinirtes Blut oder Berliner Blau mit einer *Pravaz*'schen Spritze in das Rückenmark menschlicher Leichen einspritzten. Einmal wurde in einzelne Segmente injicirt, dann ein ganzes Rückenmark längere Zeit unter Druck gelassen, endlich auch an einem Hunde experimentirt. Es wurde an verschiedenen Stellen eingespritzt, im Vorderhorn, im Hinterhorn, in der Gegend des Centralkanals, im Hinterstrange, im Seitenstrange, und genau der Lauf der Flüssigkeit untersucht, an der Ausspritzstelle, die Ausbreitung nach oben, nach unten, in retrograder Richtung, in den Piaräumen und -Gefässen.

Zunächst ergab es sich, dass die Flüssigkeit immer ganz bestimmte, an die innere Architektur des Rückenmarks gebundene Wege einschlägt. Die graue Substanz bietet die besten Bedingungen für die Ausbreitung der Flüssigkeit, und zwar ist die Durchlässigkeit am grössten im Dorsalmarke, die Verbreitung überhaupt aber abhängig von der Bedingung der Einspritzung, und zwar ist sie am ausgebreitetsten, wenn die Flüssigkeit sofort in die Commissur einbricht, am spärlichsten, wenn der laterale Theil des Vorderhorns getroffen wird. Je mehr die graue Substanz betroffen ist, um so weniger die weisse. Bei Hinterhorninjektionen breitet sich die Flüssigkeit zunächst in der homolateralen grauen Substanz aus, und zwar bietet das Hinterhorn viel weniger Widerstand, als das Vorderhorn; denn es ist arm an myelinhaltigen Nervenfasern, deren Bündel grossen Widerstand leisten. Ebenso bietet die weisse Commissur der Ausbreitung in ventraler Richtung ein absolutes Hinderniss. Bei Injektionen in den Seitenstrang wird der Strahl durch die compakten Nervenbündel schnell aufgesplittert. Das Hinterhorn ist die eigentliche Lieblingsstelle für Infiltrationen, nach dem Experimente und nach den klinischen Beobachtungen.

E. H ü f l e r (Chemnitz).

267. **Myélite chronique consécutive à un trouble dans le développement de la moelle épinière**; par le Dr. J. H a m b u r g e r. (Revue de Méd. XVI. 1. p. 45. 1896.)

Ein Pferd erkrankte mit Schwäche und deutlicher Ataxie der Hinterbeine; die Wirbelsäule war nicht schmerzhaft; Blasen- und Mastdarmstörungen bestanden nicht. Da trotz sorgfältiger Behandlung im Verlaufe mehrerer Wochen der Zustand sich verschlimmerte, auch die Vorderbeine schwach wurden, wurde das Thier getödtet. Als Ursache wurde eine chronische Myelitis angenommen. Bei der Untersuchung fand man in der Lendenanschwellung eine Zerstörung der Hinterstränge und Hinterhörner, die etwas nach oben zu so stark wurde, dass die ganze hintere Hälfte des Marks fehlte; aber auch die vordere Hälfte wies starke Degeneration auf. Ausserdem war eine starke Asymmetrie des Rückenmarks vorhanden, die bis in's Halsmark hinauf zu verfolgen war. Das hintere Septum war nicht an normaler Stelle, sondern lag in der weissen Substanz zwischen dem gespaltenen Hinterhorne. In dieser Gegend hatte sich die Myelitis entwickelt.

E. H ü f l e r (Chemnitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

268. **Ueber die Beeinflussung des Stoffwechsels durch Hypophysis- und Thyreoidea-präparate**; von Dr. Arthur Schiff. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 284. 1897.)

Hypophysistabletten hatten bei einem jungen kräftigen Manne gar keinen Einfluss auf den Stoffwechsel, bei einem Kr. mit Akromegalie und bei einem älteren Manne steigerten sie in ganz auffallender Weise die Ausscheidung der Phosphorsäure und diese Steigerung war, wie Stickstoffbestimmungen ergaben, nicht auf gesteigerten Eiweisszerfall zurückzuführen. „Die Substanz der Hypophysis bewirkt also gesteigerten Zerfall eines sehr phosphorreichen und relativ N-armen Gewebes. Es ist schwer zu entscheiden, um welches Gewebe es sich dabei handelt. Es wäre vielleicht an das Knochengewebe zu denken (abnormes Knochenwachsthum bei Akromegalie als Ausdruck einer Hypofunktion der Hypophysis? s. Marie)."

Auch die *Schilddrüsensubstanz* bewirkte neben beträchtlichem Eiweisszerfall eine auffallende Steigerung der Phosphorsäureausscheidung. Sie schien Sch. übrigens wesentlich kräftiger zu wirken, als das Thyrojodin in etwa entsprechender Menge.

Dippe.

269. **Beitrag zur Frage der Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis**; von Dr. Alfred Dobrowsky. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 1 u. 2. p. 54. 1896.)

D. schildert ausführlich die Anwendung des Thyreoidins in der Kinderpraxis, die Erscheinungen des Thyreoidismus, die bisherigen therapeutischen Ergebnisse, soweit sie aus der Literatur bekannt sind, und schliesslich seine eigenen, an 30 Kindern der Monti'schen Poliklinik gesammelten Erfahrungen. Er findet es auffällig und nur durch die Kürze der Beobachtungsdauer erklärlich, wenn die bisherigen Veröffentlichungen selten Rückfälle nach dem Aussetzen der Organotherapie vermelden.

Er verabreichte Thyreoidin insgesammt 30 Kindern in folgender Form: Thyreoidini siccati (non depurati Merck) in pulvere. Natrii bicarbon. ana 0.35. Compressione fiat tabula. D. t. d. aequ. tabnl. Nr. 20. D. S. In der ersten Woche täglich $^1/_2$—2, in den nächstfolgenden täglich 2 bis 4 Tabletten in Suppe, Milch, Kaffee oder Wasser aufgelöst zu nehmen.

Von den 30 Kindern litten 9 an Struma, 8 an Prurigo, 1 an Fettleibigkeit, 12 an psychischen Entwickelungshemmungen. Das Ergebniss der Versuche war in Kürze folgendes: Das Thyreoidin bewirkte bei den Kindern eine Körpergewichtsabnahme bis etwa zur 4. Woche der Behandlung. Dann trat auch bei weiterer Darreichung kein Gewichtsverlust mehr ein. Nach dem Aussetzen des Mittels nahm das Körpergewicht innerhalb 1 bis 2 Wochen wieder zu. Eine Struma parenchymatosa begann sich bereits nach wenigen Tagen zu verkleinern, ohne jedoch ganz zu schwinden. Nach Ablauf von 3 Wochen konnte durch die fortgesetzte Thyreoidindarreichung keine weitere Verkleinerung erzielt werden. Während der ganzen Behandlung hatten die Kinder Pulsbeschleunigung, die nach Abschluss der Behandlung wieder verschwand. Prurigo wurde durch das Thyreoidin wesentlich gebessert, aber nicht geheilt. Bei allen Kranken traten Rückfälle ein. Die idiotischen und kretinistischen Kinder hatten von der Thyreoidindarreichung wenig Nutzen. Nur bei einem Kranken wurde eine Zunahme der Intelligenz festgestellt, bei zwei anderen Besserung der Kopf- und Körperhaltung. Die erreichte Besserung war eine dauernde. Die Blutbeschaffenheit wurde durch das Thyreoidin nicht beeinflusst. Das Durstgefühl, die Diurese, die Phosphorsäureausscheidung waren während der Kur vermehrt. Indican war stets, zuweilen in reichlicher Menge, im Harn vorhanden. Bei genügender Ueberwachung des Herzens ist das Thyreoidin ein ungefährliches Mittel, das bei Kranken mit Idiosynkrasie gegen Jod von grossem Werthe ist.

Brückner (Dresden).

270. **Airol, ett nytt torr-antisepticum**; af Prof. Carl Th. Mörner. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 2 och 3. s. 196. 1897.)

Aus der Benzoësäure (C_6H_5COOH) entsteht durch Substitution mit 3 Hydroxylgruppen Trioxybenzoësäure = Gallussäure ($C_6H_2[OH_3]COOH$), die mit Wismuth ein basisches Salz, das Dermatol ($C_6H_2[OH]_3COOBi[OH_2]$) giebt. Dadurch, dass die beiden an Wismuth gebundenen Hydroxylgruppen durch 1 Atom Jod ersetzt werden, entsteht Wismuthoxyjodidgallat ($C_6H_2[OH]_3COOBiOHJ$), das Airol, ein geruchloses, in Wasser, Spiritus und Aether unlösliches, in trockener Luft, auch bei Zutritt von Sonnenlicht unverändertes Pulver, das sich jedoch in feuchter Luft und bei direkter Einwirkung von Wasser zersetzt, so dass eine basische, rothgefärbte Verbindung mit geringerem Gehalt an Jod und Gallussäure entsteht. Dieser Process, der auch bei der Applikation auf Wundflächen eintritt (das Verbandmaterial wird lebhaft roth gefärbt), ist vermuthlich für die Wirkung des Mittels von Bedeutung, indem Jod und Gallussäure dabei allmählich abgespaltet werden. Es befördert die Granulation ebenso wie das Jodoform, seine Sekretion hemmende Wirkung ist aber grösser, es wirkt weder giftig, noch reizend.

Walter Berger (Leipzig).

271. **Note sur l'administration du fer en injections hypodermiques dans la cachexie paludéene**; par le Dr. C. Naamé. (Revue de Méd. XVII. 3. p. 199. 1897.)

N. hat 5 Kr. mit schwerer Malariakachexie, bei denen nichts Anderes mehr helfen wollte, Ferrum citricum in Lösung 1 : 10 mit gutem Erfolge unter die Haut gespritzt. Bei dem einen Kranken erregten die Einspritzungen Erbrechen, die anderen vertrugen sie gut. Dippe.

272. **Ist das Trional ein brauchbares Hypnoticum und besitzt es Vorzüge vor dem Sulfonal?** von Prof. J. v. Mering. (Therap. Monatsh. X. 8. 1896.)

v. M. verfügt nicht nur über eine eigene grosse Trional-Erfahrung, er hat auch 16 viel beschäftigte Collegen um ihr Urtheil gebeten und auf Grund dieses grossen Materiales kann er die oben aufgestellte Frage unbedingt bejahen. Das Trional ist weitaus das beste Schlafmittel, das wir zur Zeit besitzen. Bei einer gewissen Vorsicht (meist genügt die Dosis von 1.0; bei längerem Gebrauche setzt man zeitweise aus oder schiebt andere Schlafmittel ein) ist es so gut wie vollkommen ungefährlich. In welcher Weise die bekannte Hämatoporphyrinurie zu Stande kommt (sie ist nach Trional wesentlich seltener, als nach Sulfonal), ist noch nicht sicher zu sagen. Nach v. M.'s Versuchen und Ausführungen sind die bisher aufgestellten Erklärungen sämmtlich unhaltbar. Dippe.

273. **Esperienze cliniche sopra il trional fatte nella clinica del Prof. Lombroso**; pel B. Busdrighi. (Supplemento al Policlinico Nr. 9. 1897.)

Bei richtiger Anwendung erweist sich das Trional als ein sicher wirkendes Hypnoticum auch in denjenigen Fällen, in denen das Sulfonal vergeblich angewendet worden war. Freilich sind einige Cautelen nothwendig. Zunächst darf das Trional nicht unmittelbar nach einer Mahlzeit gegeben werden. Auch muss der Kr. während des Trionalgebrauchs nichts anderes als leichtverdauliche Nahrung zu sich nehmen und namentlich Alkoholica und sehr kalte Getränke vermeiden. Endlich ist für eine genügende Darmentleerung Sorge zu tragen. Werden diese Vorsichtsmaassregeln sorgfältig beachtet, so wird das Trional von Allen gut vertragen und kann lange Zeit hindurch ohne Schaden genommen werden.

Der Schlaf pflegt ungefähr eine halbe Stunde nach dem Einnehmen einzutreten. Er ist sanft und dauert etwa 6—8 Stunden. Beim Anfwachen fühlt sich der Kr. vollkommen wohl, wie das bei anderen Schlafmitteln selten der Fall ist.

Emanuel Fink (Hamburg).

274. **Neue experimentelle Beiträge zur Amylnitritwirkung.** Vorläuf. Mittheil.; von Dr. Ferdinand Winkler. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 17. 1896.)

Geringe Mengen Amylnitrit rufen bei Einführung in die Athmungsorgane narkotisirter Hunde unter Sinken des arteriellen Blutdruckes Dyspnöe hervor, die Athmung ist vertieft und beschleunigt; bei grösseren Dosen wird die Athmung vertieft und verlangsamt, doch unter Zuhülfenahme der Auxiliärmuskeln, so dass auch hier die Athmung dyspnoischen Charakter hat. Es kommt dann zu Lungenschwellung und Lungenödem.

Der arterielle Blutdruck sinkt und der Druck im linken Vorhofe und in der Arteria pulmonalis steigt.

Wird während der Amylnitritwirkung der N. ischiadicus gereizt, so steigt der Arteriendruck und der Druck im linken Vorhofe.

V. Lehmann (Berlin).

275. **Ueber die Constitution des nach Coffein und Theobromin im Harne auftretenden Methylxanthins**; von Dr. St. Bondzyński und Dr. R. Gottlieb. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVII. 4 u. 5. p. 385. 1896.)

In einer früheren Mittheilung hatten B. und G. das Methylxanthin als das im Körper aus Coffein und Theobromin entstehende Stoffwechselprodukt kennen gelehrt. Aus Tri- und Dimethylxanthin entsteht ein und dasselbe Monomethylxanthin, dessen Constitution in vorliegender Mittheilung aufgeklärt wird als:

NH — CH
CO< ‖ C—N . CH_3
NH—C—N>CO

Als Beweis diente das bei der Spaltung des Methylxanthins mit verdünnter Schwefelsäure nachgewiesene Sarkosin oder Methylglykocoll

NCH_3
|\H
$CH_2—CO_2H$;

danach kann die Methylgruppe nicht an einem der beiden Stickstoffatome des Alloxankerns sich befunden haben, sondern sie muss an der Imidgruppe des seitlichen Harnstoffkerns im Xanthin ein Wasserstoffatom vertreten. Es ergab sich ausserdem die völlige Identität des Monomethylxanthins mit dem Heteroxanthin von Salomon.

H. Dreser (Göttingen).

276. **Kliniska observationer rörande verkan af theobrominum natrio-salicylicum**; af R. Sievers och T. W. Tallqvist. (Finska läkaresällsk. handl. XXXVIII. 6. s. 538. 1896. — Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1896. Helsingfors 1897.)

Nach den Erfahrungen von S. und T. ist das Theobrominum natrio-salicylicum ein besonders wirksames Diureticum bei Herz- und Gefässkrankheiten, das namentlich in Fällen versucht zu werden verdient, in denen Digitalis und Coffein keine Wirkung äussern oder nicht angezeigt sind. In Bezug auf die Frage, ob die diuretische Wirkung des Theobromins auf einer direkten Einwirkung auf das Nierenepithel beruht oder durch Einwirkung auf das Herz und das Gefässsystem vermittelt wird,

können S. und T. nach ihren Erfahrungen nichts Bestimmtes angeben, es ist ihnen aber wahrscheinlich, dass die Wirkung auf das Herz hauptsächlich sekundär ist, dass das Herz seine Arbeit leichter und energischer leistet, wenn das Oedem durch die vermehrte Diurese abgenommen und der Widerstand gegen die Herzthätigkeit dadurch vermindert ist. Besonders bemerkenswerth ist die Einwirkung des Theobromins auf kardiale Dyspnöe, Asthma und Angina pectoris; in Fällen von Aortenaneurysma und Insufficienz der Aortenklappen sahen S. und T. binnen wenigen Tagen die schwere kardiale Dyspnöe weichen und während der Dauer der Anwendung des Mittels nicht wiederkehren.

Die diuretische Wirkung des Theobromins tritt gewöhnlich schon einen Tag nach der ersten Anwendung ein und erreicht gewöhnlich ihr Maximum in 3—5 Tagen. Wenn binnen 1 Woche keine Wirkung eintritt, ist es wahrscheinlich, dass das Mittel keinen Einfluss ausübt. Nöthigenfalls kann das Mittel Wochen lang angewendet werden, in einem Falle von akuter Nephritis wurde die Behandlung 3 Wochen lang mit günstigem Resultat fortgesetzt.

S. und T. wendeten das Mittel gewöhnlich in täglichen Gaben von 6 g an, doch scheint auch durch tägliche Gaben von 4 g dieselbe Wirkung erzielt werden zu können, weshalb diese Dose vielleicht die geeignetste ist, die beste Form der Anwendung dürfte Lösung in Wasser mit Zusatz von Aqua menthae piperitae sein.

Als Nebenwirkungen treten oft unmittelbar nach dem Einnehmen in den ersten Tagen starker Kopfschmerz ein, manchmal Uebelkeit und Erbrechen, auch können dünne Darmentleerungen auftreten. Collaps oder bedrohliche Erscheinungen haben S. und T. nicht beobachtet, obgleich sie das Mittel hauptsächlich in grossen Gaben anwandten.

Walter Berger (Leipzig).

277. **Iakttagelser vid behandling af kruposa sjukdomar, särskildt den akuta pneumonien, med pilokarpin**; af Dr. Arthur Söderberg. (Eira XXI. 5. 1897.)

Bei den croupösen Krankheiten werden die charakteristischen Symptome durch noch nicht sicher bekannte Verhältnisse hervorgerufen, die den im Blute vorhandenen Fibringeneratoren alle ihre Kraft zu entwickeln gestatten, so dass am Locus minoris resistentiae ein zähes, fibrinöses Exsudat sich auf der Schleimhaut absetzt. Die Absonderung einer fibrinfreien Flüssigkeit aus den Drüsen der Schleimhaut, wie sie durch das Pilocarpin herbeigeführt wird, das ausserdem die Sekretion vermehrt, muss nach S. die Abstossung der Exsudate beschleunigen. S. hat deshalb das Pilocarpin in solchen Fällen versucht und ist zu gleich günstigen Erfahrungen gelangt, wie Sziklai (Wien. med. Wchnschr. 32—34. 1894). In allen Fällen hat Söderberg durch Anwendung des Pilocarpin bei croupösen Krankheiten Heilung erzielt. In allen Fällen von Pneumonie wurde die Krankheitdauer wesentlich abgekürzt, von 7 bis 11 Tagen bis zu 24—60 Stunden (in 2 Fällen von Pneumonia migrans dauerten jedoch die pneumonischen Symptome 9 und 5 Tage). In einem Falle von Laryngitis crouposa war der Kr. nach weniger als 2 Stunden ausser Gefahr. Ein Fall von typischer croupöser Bronchitis ging in $1^1/_2$ Tagen in Heilung über. Bei Pneumonie wurde das Krankheitbild schon nach den ersten Pilocarpingaben milder und die Schmerzen nahmen innerhalb einiger Stunden ab. Schweiss und Salivation haben sich stets sicher eingestellt und fortgedauert, ohne dass irgend ein beunruhigendes Zeichen von Collaps eintrat; weshalb S. die Pilocarpinbehandlung nicht für gefährlich hält. S. hat das Mittel immer per os gegeben und hat deshalb keine Erfahrung über andere Anwendungsweisen, er meint aber, dass in dringenden Fällen, namentlich bei Laryngitis crouposa, die sehr rasch wirkende subcutane Injektion vorzuziehen sein dürfte. Gewöhnlich hat er das Mittel in wässeriger Lösung ohne allen Zusatz gegeben, diese Lösung ist fast geschmacklos und erregt weder Ekel, noch Erbrechen. Daneben sollen die Kr. Cognac, Whisky u. dergl. in nicht zu knappen Dosen, ausserdem unter gewissen Umständen Strophantus oder Digitalis bekommen, sie müssen auch warm eingehüllt und während der Dauer des Schweisses wohl verwahrt werden. Bis es sich durch weitere Erfahrungen herausgestellt hat, ob die Behandlung ungefährlich ist, müssen die Kr. vom Arzte selbst genau überwacht werden; deshalb passt die Behandlung am besten für Krankenhäuser. S. empfiehlt, die von Sziklai angegebenen Dosen unverändert beizubehalten. Antifebrilia sind für gewöhnlich überflüssig. Um Recidiven vorzubeugen, dürften, wenn die Krankheit behoben ist, noch eine Zeit lang kleine Dosen Pilocarpin zu geben sein.

Walter Berger (Leipzig).

278. **Morphininjektioner forsögt som systematisk Behandling ved Hämoptyse**; af Kjelgaard. (Hosp.-Tid. 4. R. V. 11. 1897.)

Bei einem Phthisiker mit wiederholten grossen Hämoptysen, die durch die gewöhnliche Behandlung nicht gestillt werden konnten und den Pat. in einen vollständigen Collapszustand versetzten, griff K. als ultimum Refugium zu Morphininjektionen, die dem Patient Ruhe brachten und den Husten fast ganz stillten, so dass K. sich entschloss, die Injektionen methodisch 4mal täglich anzuwenden, ohne Rücksicht darauf, ob die Hämoptyse sich wiederholte oder nicht. Ausserdem wandte K. Opium innerlich an, so dass Patient 3 Wochen nach der letzten Hämoptyse obstipirt war, was K. deshalb für sehr vortheilhaft hält, weil Patient dabei die absoluteste Ruhe hatte. K. hat diese Behandlung allerdings nur in einem Falle an-

gewendet, aber dieser war hoffnungslos und das Resultat dieser Behandlung war ausserordentlich zufriedenstellend. Walter Berger (Leipzig).

279. **Fälle von Melanosis und Keratosis arsenicalis.**

Dr. Lndvig Nielsen (Hosp.-Tid. 4. R. IV. 42. 43. 1896) theilt folgenden Fall von *Melanosis* und *Keratosis arsenicalis* mit.

Ein 66 Jahre alter Mann war Anfang 1893 wegen eines immer wiederkehrendan Ekzems an den Handrücken, dan Handgelenken und den Unterschenkeln mit Liqu. Kal. arsen. behandelt worden; anfangs hatte er täglich 3mal 3 Tropfen genommen und war auf täglich 3mal 5 Tropfon gestiegen, diese Gabe hatte er ungefähr 1 Jahr lang fortgenommen. Einige Monate nach Beginn der Arsenikbehandlung hatte sich eine bräunliche Hautfarbe eingestellt, die auch fortbestand, als Pat. das Mittel aussetzte, ungefähr $^5/_4$ Jahre vor der am 18. Dec. 1894 erfolgten Untersuchung durch Nielsen. Die Haut am ganzen Kërper, mit Ausnahme der Hände, war diffus bräunlich in verschiedenen Schattirungen von hellbraun bis zu dunkel kaffeebraun pigmentirt, am stärksten an Hals und Nacken, etwas schwächer in den Schultergegenden und am eberen Theile des Thorax, an der Mitte des Thorax wurde die Farbe bedeutend heller, weiter nach unten zu aber wieder dunkler bis zu den Genitalien und dem eberan Theile der Schenkel, die eben so dunkel waren, wie Hals und Nacken, dann wurde die Farbe wieder heller und an den Unterschenkeln, wie auch an den Armen war sie ziemlich schwach, nur an den Gelenkbeugen wieder etwas stärker. Auch im Gesicht war die Farbuug nur schwach und hatte einen röthlichen Schein. An den pigmentirten Stellen waren zahlreiche, stecknadelkopfgrosse, helle, weissliche Punkte verstreut. Im Uebrigen zeigte sich die Haut, auch in ihren Funktionen, nicht auffällig verändert, die Schleimhäute erschienen normal, auch der übriga Zustand zeigte nichts Abnormes; doch waren nach Aussetzen des Arsenik stellenweise hornartige Verdickungen aufgetreten, die nach Abschneiden rasch wieder wuchsen; diese waren unregelmässig zerstreut, besonders aber in den Hohlhänden und an den Fussohlen, und verschwanden nach Anwendung von Seifenbädern und Sodabädern, sowie von Salicylseifenpflastern allmählich, während die Melanose unverändert blieb.

Nur *Melanosis* bestand in einem von W. F. Örbäk (Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 47. 1896) mitgetheilten Falle.

Der 21 Jahre alte Kr., der nach einer Gehirnentzündung im 2. Lebensjahre geistig zurückgeblieben war und seit seinem 4. Jahre an epileptischen Krämpfen litt, hatte gegen letztere früher Brompräparate, später „Gélioaupillen" und, da diese zu theuer waren, nach Recept in der Apotheke bereitete Pillen genommen, von denen jede $1^1/_3$ mg Acidum arsenicosum enthielt. Davon nahm er im Verlaufe von 8 Monaten 500 Stück. Später bekam er eine Acidum arsenicosum enthaltende Mixtur. Als er die Pillen ungefähr $^3/_4$ Jahr genommen hatte, begannen am Halse braune Flecke aufzutreten und, da das Arsenik nicht ausgesetzt wurde, nahm die Pigmentirung zu bis schliesslich Hals, Rumpf und Oberschenkel bis zu ihrer Mitte, die Arme bis zu den Ellenbogen hoch pigmentirt waren. Die Haut war bräunlich mit einem staubigen grauen Schein, der gegen die Leistengegenden hin, wo die Pigmentation am stärksten war, grauschwarz wurde. Ueberall war die pigmentirte Haut mit dicht stehenden, ungefähr hanfkerngrossen pigmentfreien Flecken bedeckt, die namentlich an der unteren Seite des Rumpfes sich deutlich abheben. Der Uebergang zur normalen Haut war allmählich. Die Schleimhäute waren normal.

Walter Berger (Leipzig).

280. **Ueber die Resorption des Tranbenzuckers im Dünndarm und deren Beeinflussung durch Arzneimittel**; von Dr. Friedrich v. Soanzoni. (Ztschr. f. Biol. XXXIII. 4. p. 462. 1896.)

Ueber Resorption von Pepton im Dünndarm und deren Beeinflussung durch Medikamente; von Cand. med. Ernst Farnsteiner. (Ebenda p. 475.)

Ueber die normale Resorption verschiedener Substanzen, so auch des Zuckers und des Peptons, im Dünndarme lagen besonders Untersuchungen von Röhmann vor. Andererseits hatte Brandl festgestellt, dass die Resorption im Magen durch Arzneimittel bedeutend beeinflusst wird.

v. Sc. wie F. experimentirten an Hunden mit Thiry-Vella'scher Darmfistel. Für die Beeinflussung der Zuckerresorption ergab sich, dass die ätherischen Oele, das Senföl, der Alkohol, der Pfeffer und das Orexin die Resorption um einige Procente zu steigern vermögen, wenn sie in bestimmter Verdünnung (verdünnter als im Magen) angewendet werden. Bei Senföl betrug beispielsweise die günstigste Concentration 1 Tropfen auf 1 Liter Lösung.

Auch auf die Peptonresorption übten ätherische Oele, Senföl und Alkohol in gewisser Concentration eine steigernde Wirkung aus. 2proc. Stärkekleister setzte die Resorption bedeutend herab. Die untersuchten Bitterstoffe (Natrium cetrarionm, Quassiin) zeigten keine sicher steigernde Wirkung.

V. Lehmann (Berlin).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

281. **Ueber Morbus Basedowii.** (Vgl. Jahrbb. CCLIII. p. 129.)

Mit einem grossen Aufwande an anatomisch-physiologischen Erörterungen sucht P. Riche (Le goître exophthalmique. Thèse de Paris 1897) darzuthun, dass der Morbus Basedowii nur eine besondere Form des Kropfes sei. Er entstehe nämlich dann, wenn die Artt. thyreoideae inferiores so weit erweitert werden, dass sie den Sympathicus reizen! Beim richtigen Morbus Basedowii gleiche die Struma einem Aneurysma cirsoideum, aber auch in den übrigen Fällen sei die Gefässerweiterung das Primäre. Wie leichtfertig Vf. zu Werke geht, das ergiebt sich schon daraus, dass er den sowohl von Chirurgen, als von Anatomen erbrachten Nachweis, dass bei Morbus Basedowii, abgesehen von den oberflächlichen Venen, gewöhnlich von Gefässerweiterung gar keine Rede ist, damit abfertigen will, die Gefässe fielen an dem herausgenommenen Präparate zusammen, die Chirurgen und Anatomen hätten also die Gefässerweiterung blos übersehen.

Es ist merkwürdig, wie sehr viele Aerzte der Suggestion zugänglich sind. Da hat sich ein französischer Arzt eine neue Krankheit zusammenphantasirt, und weil er ihr einen klingenden Namen gegeben hat, findet er jährlich neue Anhänger unter den Aerzten. Auch C. Schwerdt (Beiträge zur Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Krankheit Enteroptose-Basedow, Myxödem-Sklerodermie. Jena 1897. G. Fischer. 29 S.) hält die Enteroptose für eine wirkliche Krankheit, ja er geht mit seiner Phantasie in's Grosse, zieht noch so und so viel andere grosse Krankheiten aus der Enteroptose heraus. Er geht von der Krankengeschichte einer Hysterischen aus und berichtet von ihr und von anderen merkwürdige Sachen, wobei die gänzliche Abwesenheit der erforderlichen psychologischen Auffassung die Hauptsache ist. Von der Enteroptose kommt Schw. zum Morbus Basedowii, und zwar so: Die Enteroptose beruht auf einer Neurasthenie; die fertige Krankheit ist eine Störung des intermediären Stoffwechsels und eine Dyskrasie des Blutes; um die Gifte auszuscheiden oder unschädlich zu machen, entstehen Schweisse, Durchfall, Erbrechen, Polyurie, Struma. „Der Morbus Basedowii ist demnach als Theilerscheinung der Enteroptose anzusehen.“ Das Weitere sei dem Leser geschenkt.

P. Marie (Maladie de Basedow et Goître basedowfié. Revue neurol. V. 3. p. 91. 1897) will Morbus Basedowii und „goître basedowfié“ unterscheiden. Nur bei dem letzteren sei die Schilddrüsentherapie, bei Athembeschwerden auch die Resektion berechtigt. [Das ist doch nichts Neues. *Ref.*]

Liégeois (De la diarrhée dans le goître exophthalmique. Journ. des Praticiens Nr. 6. 1897. Ref. in La Belg. méd. IV. 12. p. 373. 1897) schildert den Basedow-Durchfall. In einem hartnäckigen Falle hat er Pankreatin (2mal 0.5 g, gleich nach den Mahlzeiten) mit gutem Erfolge nehmen lassen.

Hector Mackenzie (On oedema in Graves' disease. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 401. 1897) schildert die Formen des Oedems bei Morbus Basedowii und theilt 10 Krankengeschichten mit. In 7 handelt es sich um Schwellung der Lider, bald aller, bald der oberen oder der unteren, die oft sehr hartnäckig war und trotz Verschwinden der meisten Symptome andauerte. In den letzten Fällen bestand theils allgemeines Oedem, theils eine an Myxödem erinnernde Schwellung der Beine.

Nach M. kommt bei Morbus Basedowii leichtes Oedem der Beine, das von Schwäche des Herzens abhängt, nicht selten vor. Allgemeines Oedem kann sich im Beginne der Krankheit zeigen und ist von übler Vorbedeutung, oder es geht am Schlusse der Krankheit dem Tode voraus. Schwellung der Lider kann früh oder später auftreten, ist oft sehr hartnäckig. Die myxödemartigen Schwellungen findet man am ehesten an den Beinen und an der Bauchwand.

W. Sutcliffe (Exophthalmic goitre in a man. Brit. med. Journ. March 27. 1897) sah bei einem an Morbus Basedowii leidenden 25jähr. Manne sehr guten Erfolg von Thymus-Tabletten.

Sottas (Note sur le goître exophthalmique familial. France méd. 33. 1896. Ref. in Revue neurol. V. 3. p. 89. 1897) berichtet von einer Kropffamilie.

Die Mutter hatte Kropf und Palpitationen. 4 Söhne waren frei. Von 5 Töchtern hatten 2 vollständigen Morbus Basedowii, 1 nur Kropf, 1 Athembeschwerden; 1 war frei. Auch eine Nichte der Mutter hatte Kropf mit Palpitationen und Athembeschwerden.

Tuffier stellte der Pariser chirurgischen Gesellschaft 2 operirte Basedow-Kranke vor (Gaz. hebdom. Mars 11. 1897).

Die eine Kr. war vor $2^1/_2$ Jahren operirt worden. Sie befindet sich jetzt ausgezeichnet.

Bei der anderen, einer 30jähr. Person, bei der seit 1 Jahre schwerer Morbus Basedowii bestanden hatte, hatte T. am 25. Januar 1897 die Strumektomie gemacht. Er hatte bei der Operation jede stärkere Berührung der Struma vermieden und die Schnittfläche gebrannt, um das Ausfliessen von Schilddrüsen-Saft zu verhindern. Die Folgen der Operation waren ausgezeichnet. Rasch verschwanden die bedrohlichen Symptome: Aufregung, Dyspnöe, Durchfall. Die Gefässe schwirrten nicht mehr. Der Puls wurde von Tag zu Tag ruhiger u. s. f. Nach 4 Wochen bestand nur noch etwas Exophthalmus.

An der Verhandlung in der Pariser chirurg. Gesellschaft (Gaz. méd. de Paris 10. S. I. 7. 9. 10. 1897) betheiligten sich ausser Tuffier: Lejars, Tillaux, Picqué, Schwartz, Poncet. Es wurde einerseits auf die günstigen Erfolge der Strumektomie hingewiesen, andererseits auf die Gefahren der Operation, besonders die akute Schilddrüsen-Vergiftung. Poncet empfahl jetzt Jaboulay's Sympathicotomie.

Debove (Note sur un cas de goître exophthalmique traité par le thyroïdectomie partielle. Revue neurol. V. 3. p. 91. 1897) berichtete der Pariser Hospitalgesellschaft über einen Todesfall.

Bei einem 18jähr. Mädchen mit Morbus Basedowii und kleinem Kropfe führte Lejars die Strumektomie aus, d. h. er entfernte die rechte Hälfte der Drüse. 10 Stunden nach der wohlgelungenen Operation wurde der Puls geschwind, 1 Stunde später starb die Kr. im Koma.

Es wurde eine 60 g schwere Thymus gefunden.

Sänger (Neurol. Centr.-Bl. XVI. 8. p. 381. 1897) berichtete über eine erfolglose Operation bei Morbus Basedowii.

Eine 28jähr. Näherin war nach Influenza an Morbus Basedowii erkrankt. Die Entfernung des rechten Drüsenlappens bewirkte nur eine vorübergehende Abnahme der Tachykardie. Im Uebrigen verschlechterte sich der Zustand, der Exophthalmus, das Zittern, die Hinfälligkeit nahmen zu. Der Isthmus und der linke Lappen der Drüse waren vergrössert.

S. hält die Strumektomie nur bei Lebensgefahr für berechtigt.

Jaboulay (La section du sympathique cervical dans les goîtres et la maladie de Basedow. Lyon méd. XXIX. 6. p. 211. 1897) fährt fort, mit glänzenden Erfolgen den Sympathicus bei Morbus

Basedowii zu zerschneiden. Er berichtet über 3 neue Beobachtungen.

Ein 30jähr. Pat., der seit 3 Jahren an Morbus Basedowii litt, wurde „durch unsere Operation“ in einigen Tagen geheilt. Bei einer 64jähr. Frau gingen Tachykardie, Zittern, Kropf immédiatement zurück. Eine 42jähr. Pat. sagte am anderen Tage, es ginge ihr schon besser.

Bei allen Formen des Morbus Basedowii ist die Operation angezeigt. Sie ist la méthode de choix.

Th. Jonnesco in Bukarest (Totale und beiderseitige Resektion des N. sympathicus cervicalis behufs Behandlung des Morbus Basedowii und der Epilepsie. Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 2. 1897) scheint ein sehr energischer Operateur zu sein. „Die von mir operirten Fälle belaufen sich auf 9, von denen 2 Morbus Basedowii, 3 genuine Epilepsie, 1 Chorea und Hysteroepilepsie, 1 Gehirntumor mit epileptiformen Anfällen, 1 Hysterie und 1 progressive Paralyse ... betreffen.“ „In beiden Fällen von Morbus Basedowii erzielte ich das Schwinden des Exophthalmus und die Verminderung des Kropfes; das Verschwinden der Tachykardie in 1 Falle, während im 2. dieselbe fortdauerte.“ „Bei Morbus Basedowii, dessen Störungen grösstentheils vom Sympathicus cervicalis herzurühren scheinen, ist die Resektion dieses Nerven absolut angezeigt, wenn sie auch durch Unterbindung der Art. vertebralis vervollständigt wurde.“ [Schneiden und Denken sind zweierlei. *Ref.*]

Vignard (Traitement du goître exophthalmique par la section double du sympathique cervical. Gaz. hebdom. Mars 11. 1897), ein Schüler Jaboulay's, berichtet über des Meisters Operationen und Erfolge. Er wendet sich gegen den Vorschlag Jonnesco's, auch das unterste Halsganglion herauszunehmen, weil die Operation schwierig, gefährlich sei, die Narbe gross werde. Es genüge, beiderseits das obere Ganglion zu entfernen, eine leichte, ungefährliche Sache.

Jaboulay (A propos de la pathogénie du goitre exophthalmique et du mode d'action de la section du sympathique cervical. Lyon méd. XXIX. 11; Mars 14. 1897) wendet sich gegen Abadie, der das Zurückgehen des Exophthalmus nach Sympathicus-Durchschneidung durch Aufhören der Gefässerweiterung erklärt hatte. J. hat auch bei einem Epileptischen einen Sympathicus durchschnitten. Sofort sank das Auge zurück und es blieb zurückgesunken, obwohl die anfänglich eingetretene Röthung der Haut und des Augenhintergrundes mit der Zeit wieder schwand. Auch bei Basedow-Kranken erweitern sich die Gefässe des Gesichts und des Augenhintergrundes und doch schwindet gleich nach der Operation der Exophthalmus. Man muss also annehmen, dass das Zurücksinken des Auges von der Lähmung eines Muskels abhänge.

In der pathologischen Gesellschaft zu London sprachen H. Mackenzie und Walter Edmunds (Lancet Febr. 6. 1897. p. 380) über *„Morbus Basedowii und Thymus“*. M. hat 20 Basedow-Kranke ohne wesentlichen Erfolg mit Thymus behandelt. In 2 Fällen wurde bei Basedow-Kranken die Thymus nach dem Tode untersucht.

Bei einer 31jähr. Frau war die Thymus gross und lag wie eine Schürze auf dem Herzbeutel. Bei einer 35jähr. Frau waren zwar beide Lappen der Thymus vorhanden, aber atrophisch. Bei mikroskopischer Untersuchung wurde keine starke Veränderung der Drüse gefunden; die opaken, concentrisch geschichteten Körperchen waren weniger zahlreich als sonst, die vorhandenen Körperchen waren gross und nicht opak.

In beiden Fällen war die Struma von dicken Venen überzogen, im Inneren aber nicht gefässreich. Die mikroskopische Untersuchung ergab den gewöhnlichen Befund: Entartung des Colloid, Wucherung der Bläschen zu Strängen, Umgestaltung der Epithelien.

In der *Verhandlung* erwähnte R. Bradford, dass er in 4 Fällen von Morbus Basedowii stets eine vergrösserte Thymus gefunden habe.

B. Abrahams bestätigte die Nutzlosigkeit der Thymus-Therapie.

Hector Mackenzie (On the treatment of Graves' disease by means of thymus gland. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 132. 1897) hat sehr sorgfältig geprüft, ob Thymus einen Einfluss auf den Verlauf des Morbus Basedowii habe. Er stellt die bisherigen Angaben der Autoren zusammen und theilt dann 20 eigene Beobachtungen mit. Es ist leider nicht möglich, die lehrreichen Krankengeschichten wiederzugeben. M. hat Hammel- und Kalb-Thymus, frische Drüse, Extrakt, Tabletten gegeben, wenig und viel, lange oder kurze Zeit. Sein Ergebniss ist, dass die Thymus keinen ersichtlichen Erfolg habe. Von den 20 Kr. starb 1, 6 blieben unverändert, 13 wurden besser. Die Besserung glich der, die man bei allen möglichen Mitteln beobachtet, und M. thut ausführlich durch Control-Beobachtungen dar, dass das Ergebniss bei anderweiter Behandlung ungefähr dasselbe ist. Die vorzügliche Arbeit M.'s sei zur genaueren Kenntnissnahme empfohlen.

Cl. Wilson in Edinburgh (Saline baths in Graves' disease. Practitioner Sept. 1895. Ref. in Centr.-Bl. f. Nervenhkde. XIX. p. 704. Dec. 1896) berichtet von einer 49jähr. Basedow-Kranken, bei der, nachdem andere Methoden erfolglos versucht worden waren, durch Kochsalzbäder ein guter Erfolg erreicht worden war. Die Bäder wurden allmählich concentrirter und kühler genommen.

Möbius.

282. **Ueber Neuritis puerperalis.** (Vgl. Jahrbb. CCLI. p. 235.)

J. H. Wallace Rhein (Puerperal Neuritis. Univers. med. Magazine IX. 5. p. 340. 1897) hat einmal Neuritis puerperalis beobachtet.

Eine 30jähr. Frau hatte nach ihrer ersten normalen Entbindung Schmerz und Taubheitgefühl an der Beugeseite des linken Vorderarms wahrgenommen. Bald waren die Beugemuskeln schwach geworden. Nach der zweiten Entbindung wurden die Störungen stärker, nach der dritten wurde auch der rechte Arm ergriffen.

Die Hände konnten nicht bis zum Kopfe erhoben werden [warum?] und die Beugung der Finger war theils

schwach, theils unmöglich. Die kleinen Handmuskeln waren beiderseits atrophisch. Die Empfindlichkeit war an der Beugeseite der Vorderarme etwas vermindert. [Eine recht ungenügende Beschreibung.]

E. G. Cutler's Beobachtung (A case of peripheral polyneuritis following delivery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 25; Dec. 17. 1896) ist folgende.

Eine 37jähr. Frau wurde von einem todten Kinde entbunden und erkrankte in der Folge an Schwäche und Schmerzen erst des linken, dann auch des rechten Beines. Bald traten auch Parästhesien der Arme und Hände ein, die Hände wurden schwach und konnten nicht erhoben werden.

Vf. fand Parese und Muskelschwund der Glieder, sowohl an den Armen, als an den Beinen waren die Strecker mehr betroffen als die Beuger. Im Uebrigen fand sich nichts Besonderes.

Der Zustand wurde rasch besser und 6 Wochen später konnte die Frau als Genesende entlassen werden.

Im Lyon médical (XXIX. 4; Janv. 24. 1897) ist eine Thèse de Lyon: Des névrites puerpérales (grossesse et puerpérium); par L. P. Bayle, 1896, besprochen. Die Abhandlung ist im Buchhandel vergriffen. Aus der Besprechung ist nicht zu ersehen, ob B. eigene Beobachtungen mitgetheilt hat. Er scheint besonders die Polyneuritis behandelt zu haben. Möbius.

283. **Zur Pathogenese der puerperalen Nervenkrankheiten und zur Behandlung toxischer Psychosen**; von Dr. Hallervorden in Königsberg. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 21. 1896.)

H. stellt eine neue Theorie für das Zustandekommen speciell der Puerperalpsychosen auf, die hauptsächlich die Bildung von Toxinen ätiologisch anschuldigt, und einen besonders labilen Gleichgewichtzustand des Gehirns während der Zeugungsphase voraussetzt. Die Therapie gipfelt je nachdem in Infusion oder innerlicher Darreichung von physiologischer Kochsalzlösung.

E. Hüfler (Chemnitz).

284. **Tetanie und Psychose**; von Prof. Fr. Schultze. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9. 1897.)

Sch. hat einen neuen Fall von Seelenstörung bei Tetanie beobachtet.

Ein 16jähr., etwas schwachsinniges Mädchen litt seit etwa 1 Jahre an Tetanie. Sie hatte eine kleine Struma. Jodkalium und Thyreoidin hatten keine ersichtliche Wirkung. Nach Thyrojodin verschlimmerte sich die Tetanie und traten epileptische Anfälle auf; auch sank das Körpergewicht rasch. Später wurde die Kranke erregt und bekam Anfälle, die den hysterischen ähnlich waren. Sie lief herum, sang, war widerspenstig, kratzte, biss, lachte ohne Grund u. s. w. In der Irrenanstalt war sie unruhig, heiter, gleichgiltig, lachte viel, arbeitete nicht. Nach einigen Monaten beruhigte sie sich, wurde still und fleissig, so dass sie entlassen werden konnte. Zu Hause war sie noch zeitweise erregt, die Tetanieanfälle traten nicht mehr auf, doch bestand noch Ueberregbarkeit des Facialis.

Sch. fasst die seelischen Störungen bei Tetanie mit Recht als Wirkung des Tetaniegiftes auf das Gehirn auf und setzt sie mit denen bei Chorea und Morbus Basedowii in Analogie. Möbius.

285. **Ueber infantile und hereditäre multiple Sklerose**; von Prof. Eichhorst. (Virchow's Arch. CXLVI. 2. p. 173. 1896.)

E. betont zunächst, dass alle Fälle von multipler Sklerose bei Kindern entweder der Controle durch die Sektion entbehren oder, wo eine Sektion stattgefunden hat, durchaus nicht einwandfrei sind. Er theilt dann die Krankengeschichten einer Mutter und ihres Sohnes mit.

Bei der 36jähr. Pat. hatte die Krankheit mit Schwäche in den Beinen begonnen, die allmählich so zunahm, dass Pat. häufig zusammenknickte. Dazu kamen dann Schwanken und Zittern in Rumpf und Gliedern, das besonders beim Zugreifen hervortrat, ferner Seh- und Sprachstörungen. Die Untersuchung ergab angedeuteten horizontalen Nystagmus, eigenthümlich monotone, langsame Sprache, unwillkürliche Lachaofälle, Intentiontremor und Steigerung der Sehnenreflexe. Spätere Untersuchungen ergaben noch ausser Steigerung der früheren Symptome Ungleichheit und träge Lichtreaktion der Pupillen, beiderseitige Oculomotoriuslähmung, Atrophie beider Optici und Verfall der geistigen Kräfte. Dann bildeten sich Contrakturen in den Beugern der Ober- und Unterschenkel, eine links vollkommene, rechts unvollkommene Recurrenslähmung, zum Schlusse Incontinentia vesicae und Decubitus. Die *Sektion* ergab vereinzelte flächenhafte Blutungen in den Rückenmarkshäuten und am Pons, Verkleinerung des Pons in allen seinen Theilen, Gehirn, Pons und Medulla oblongata aber frei von sklerotischen Flecken. Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks deckte zahlreiche, kleine, sklerotische Flecke vom Halsmarke bis zum Beginne des Lendenmarks auf. „Ausnahmslos nahmen diese Flecken von der äusseren Grenze der weissen Rückenmarkssubstanz ihren Anfang und erstreckten sich dann bis auf $1/_2$ mm in das Innere der weissen Substanz hinein. Sie betrafen jedoch nur die vorderen und seitlichen Rückenmarksstränge, während sich die hinteren Stränge als unverändert erwiesen. Auch die graue Substanz fand sich ohne jede Veränderung.“ [Also nichts, was wie multiple Sklerose ausgesehen hätte! Ref.] In den Nervi ischiadici waren reichlich atrophische Nervenfasern.

Der Sohn, während der Krankheit der Mutter geboren, hatte von Geburt an Zittern bei willkürlichen Bewegungen, bekam mit 7 Jahren Schwäche in den Beinen und Sehstörungen. Die Untersuchung ergab Lähmungen der inneren und äusseren Augenmuskeln, links Atrophie des Sehnerven, monotone scandirende Sprache, grosse Schwäche der gesammten Muskulatur, vereinzelt leichte Contrakturen, sonst nichts seitens der Sensibilität oder der Reflexe oder der Blase und des Mastdarmes. Auch hier fand man Gehirn, Pons und Medulla oblongata normal. Im Rückenmarke und im Halsmarke wurden mikroskopische sklerotische Flecke in den Hintersträngen gefunden, grössere solche waren im Brust- und Lendenmarke vorhanden. In den Rückenmarkswurzeln und peripherischen Nerven waren atrophische Nervenfasern.

Nach der sehr wenig begründeten Meinung E.'s handelte es sich um klinisch und anatomisch ausgesprochene multiple Sklerose, die von der Mutter auf den Sohn erblich übertragen wurde.

A. Boettiger (Hamburg).

286. **Ueber den anatomischen Process im Anfangsstadium der multiplen Sklerose**; von Prof. A. Goldscheider. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 5 u. 6. p. 417. 1896.)

Ein 22jähr. Mädchen erkrankte ziemlich plötzlich mit Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Sehschwäche, Schwerhörigkeit. Die Untersuchung ergab Nystagmus,

Ataxie des rechten Armes, Ataxie und Parese des rechten Beines, erhöhte Patellarreflexe; das Gehör war rechts deutlich herabgesetzt. Einige Tage später wurde die Ataxie des rechten Armes deutlicher, auch stellten sich Parästhesien in der Hand ein. Neben zeitweiligem Erbrechen traten nun auch nachweisbare Sensibilitätstörungen ein, Hypästhesie der ganzen rechten Seite. Einige Tage später wurde auch der linke Arm in ganz derselben Weise ergriffen, dann auch das linke Bein. In der Folge entwickelte sich ein abdominaler Typhus, dem die Kr. erlag.

Neben alter, diffuser Sklerose, die offenbar gar keine Symptome gemacht hatte, fanden sich nun verschiedene frische Herde, die ebenso als sklerotische Herde anfzufassen waren. Zunächst war ihre Beziehung zu den Blutgefässen offenkundig. Die parenchymatösen Veränderungen wogen vor, während die interstitiellen entschieden zurücktraten. Während Popoff auch die Achsencylinder zu Grunde gehen lässt, konnte dies G. in seinem Falle nicht bestätigen. Es fand sich im Wesentlichen eine perivaskuläre Entzündung, die die anliegenden nervösen Gebilde schädigte, und zwar hauptsächlich die Markscheiden, während die Achsencylinder verschont blieben. Im weiteren Verlaufe kommt es nach G. zu interstitieller Gliawucherung, die schliesslich mehr oder weniger sich ausbreitet. E. Hüfler (Chemnitz).

287. **De la sclérose en plaques à début apoplectiforme;** par P. Boulogne. (Revue de Méd. XVI. 5. p. 404. 1896.)

Neben der gewöhnlichen, langsam verlaufenden Form der multiplen Sklerose giebt es, abgesehen von einer infektiösen, der Myelitis nahestehenden Abart, noch eine Form, die mit Prodromalerscheinungen, Kopfschmerz, Schwindel, Parästhesien beginnt, wonach sich dann in 2—3 Tagen das volle Bild entwickelt, oder die überhaupt mitten in voller Gesundheit wie ein Schlaganfall über den Kranken hereinbricht. B. bringt eine hierhergehörige Krankengeschichte bei, und referirt sodann kurz über 4 Fälle aus der Literatur. Man muss annehmen, dass die multiplen Herde latent bestanden, und dass durch irgend eine Gelegenheitsursache sich eine Hyperämie ausbildet, die das Bild des apoplektischen Insultes hervorruft.

E. Hüfler (Chemnitz).

288. **Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten Idioten;** von Dr. W. König in Dalldorf. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 373. 1897.)

Da die bei Lähmungen vorkommenden Mitbewegungen an grösserem Materiale systematisch noch nicht studirt sind, da diese ferner bei Kindern leichter zu Stande kommen, so musste erwartet werden, dass bei Idioten, gelähmten, wie nichtgelähmten am ehesten eine Kenntniss dieser Erscheinungen gewonnen werden möchte. Es würde demnach an eine gewisse Aehnlichkeit mit dem Vorkommen der Spiegelschrift gedacht werden können. K. stellte sich nun die Aufgabe, einmal an gelähmten Idioten die Art und die Häufigkeit der Mitbewegungen festzustellen, und dann nach etwaigen Abweichungen bei nicht gelähmten Idioten zu forschen. Er untersuchte 46 gelähmte und 38 nicht gelähmte Idioten, und zwar beobachtete er die Mitbewegungen, die vorkommen bei Bewegungen der Arme nach den verschiedenen Seiten, bei Fingerbewegungen, bei Bewegungen der Beine in der Rückenlage, bei Zehenbewegungen, endlich die reflektorischen Mitbewegungen nach Stichen in Hand- und Fussteller, sowie der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen. Er unterscheidet correspondirende oder typische Mitbewegungen, die in denselben Muskeln der anderen Seite auftreten; unregelmässige correspondirende Mitbewegungen, die keine genaue Nachbildung der veranlassenden Bewegung darstellen; atypische Mitbewegungen, die in anderen Muskeln der anderen Seite auftreten; reflektorische Mitbewegungen, hervorgerufen durch peripherische Reize. K. kommt zu dem Ergebnisse, dass Mitbewegungen bei nicht gelähmten idiotischen Kindern relativ häufig vorkommen; sie fehlten nur bei 34%; bei den gelähmten allerdings nur bei 15%. Im Allgemeinen lassen sich die Mitbewegungen bei nicht gelähmten Idioten leichter unterdrücken als bei gelähmten. Alle denkbaren Variationen von Mitbewegungen kommen auch bei nicht gelähmten Idioten vor, nur nicht die reflektorischen Mitbewegungen, die sich in keinem Falle bei Nichtgelähmten fanden. Die atypischen Mitbewegungen scheinen häufiger bei gelähmten Idioten vorzukommen. Am häufigsten überhaupt sind Mitbewegungen in den Fingern. Bis zum 18. Jahre liessen sich die Mitbewegungen nachweisen, bei älteren Kranken nicht. An irgend welche Lähmungsform scheinen bestimmte Mitbewegungen nicht gebunden zu sein. E. Hüfler (Chemnitz).

289. **Note sur l'arrêt de développement des membres dans l'hémiplégie cérébrale infantile** *et sur ses analogies avec des malformations réputées congénitales;* par Ch. Féré. (Revue de Méd. XVI. 2. p. 115. 1896.)

Nach der cerebralen Kinderlähmung treten, je früher, um so ausgesprochener, halbseitige Ernährungstörungen auf. Das Hervorstechendste ist die Atrophie, nicht nur der Muskeln, sondern auch der Knochen, was sich auch in der Längenausdehnung ausspricht; ebenso ist der Halbmesser des Beckens der gelähmten Seite kleiner, ebenso wie der des Thorax und des Gesichts. Dazu kommen Unterschiede in der vasomotorischen Innervation, bläuliche Verfärbung, geringere Temperatur, leichtere Unterdrückbarkeit des Pulses, Gynäkomastie, geringe Entwickelung des Haarwuchses, wie der Genitalien. Ebenso findet sich geringere Exkursion des Zwerchfells auf der gelähmten Seite. F. geht sodann genauer ein auf die Grössenverhältnisse zwischen den einzelnen Fingern der Hand und den Zehen des Fusses, und findet da Beziehungen zwischen der Kinderlähmung und den angeborenen Degenerationzeichen. E. Hüfler (Chemnitz).

290. **Ueber einen klinisch beobachteten Fall von Pseudo-Bulbärparalyse im Kindesalter;** von Dr. L. Brauer. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 416. 1897.)

Ein 14jähr. Mädchen erkrankte im 11. Monate mit Fieber und Muskelkrämpfen, und nach Ablauf der akuten Erscheinungen blieben eine symmetrische Zungen- und Lippenlähmung mit Anarthrie und Dysphagie, sowie eine geringfügige rechtsseitige Hemiparese mit leichter Entwickelungshemmung im rechten Arme zurück. Die Muskeln zeigten keine Atrophie, in geringem Grade nur die Zunge, es fanden sich keine fibrillären Zuckungen, keine Entartungsreaktion, keine Sensibilitätsstörungen. Der Gaumensegelreflex fehlte, der Unterkieferreflex war gesteigert.

Bei der Differentialdiagnose konnte zunächst an eine Betheiligung der Bulbuskerne gedacht werden; doch sprachen das Fehlen der fibrillären Zuckungen, das normale elektrische Verhalten dagegen, ebenso der gesteigerte Unterkieferreflex. Die Läsion musste also supranucleär sitzen, der Symptomencomplex daher als Pseudobulbärparalyse bezeichnet werden. Nur im akuten Stadium der Encephalitis wäre eine Lokalisation möglich gewesen. Angefügt ist eine Literaturübersicht.

E. Hüfler (Chemnitz).

291. Ueber einige bulbäre Symptomencomplexe mit akutem und subakutem Beginne; von Dr. Hermann Schlesinger. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft. p. 50. 1897.)

Die Mannigfaltigkeit der bulbären Symptomencomplexe ist dadurch bedingt, dass die Krankheitprocesse verschiedener Art sein können (Blutungen, Erweichungen, Entzündungen, Tumoren, sklerotische, tabische Affektionen, Syringomyelie), aber auch dadurch, dass sie bedingt sein können durch Erkrankung der Medulla oblongata selbst, ihrer Hüllen, der basalen Gefässe, durch cerebrale Herde, durch Spinalprocesse oder Erkrankungen der peripherischen Bulbärnerven. Schl. theilt zunächst 2 Fälle mit, in denen es sich wohl um akute Erweichung handelte.

Im 1. Falle erlitt ein 61jähr. Mann einen apoplektischen Insult mit langdauernder Bewusstlosigkeit. 3 Jahre später fand sich noch Parese des rechten sensiblen Trigeminus, rechtsseitige Neurokeratitis, Parese des rechten Mundfacialis und des Gaumensegels rechts, Parese des rechten Stimmbandes, leichte Salivation, erhöhte Pulsfrequenz. Ausser allgemeiner Arteriosklerose fand sich sonst keine Störung.

Der supponirte Erweichungsherd musste wohl sehr schmal sein, da er Sensibilitätstörungen (Schleifenfasern) nicht gemacht hatte. Es betraf nur aufsteigende Quintuswurzel, Nucleus ambiguus und Facialiskern. Nach den Untersuchungen von Wallenberg wird gerade diese Gegend nur von Aesten der Arteria cerebellaris inferior posterior versorgt und nicht durch Collateralen von den Spinales posteriores, kann also sehr leicht der Erweichung anheimfallen.

Im 2. Falle traten plötzlich Schwindel, Heiserkeit, erschwertes Schlucken ein. Noch nach 3 Jahren bot der Kr. psychische Anomalien (Lach- und Weinkrämpfe) dar. Weiterhin fand man Parese des rechten sensiblen Trigeminus, des Mundfacialis, Hemiatrophia linguae, Lähmung des Gaumensegels rechts, complete rechtsseitige Recurrenslähmung mit Atrophie des Stimmbandes. Oeftere Schluckstörung. Möglicher Weise lag in diesem Falle Lues vor.

Der Herd musste bis in das oberste Halsmark herabreichen (Recurrens), ferner auf die Hypoglossusfasern übergreifen, sodann auf die spinale Trigeminuswurzel, Nucleus ambiguus und spinale Glossopharyngeuswurzel.

In einem 3. Falle fand man eine isolirte Läsion der Pyramidenbahn. Ein 44jähr., luetisch inficirter Mann bekam plötzlich unter Schwindelerscheinungen eine Lähmung des linken Armes und Beines. Die Sensibilität war, bis auf eine Lähmung des Temperatursinnes an den Beinen, intakt. Ausserdem Nystagmus und allgemeine Abnahme der Intelligenz.

Die *Obduktion* ergab in der unteren rechten Olivengegend einen Erweichungsherd, der die rechte Pyramidenbahn, das centrale Drittel der Schleife und einen Theil der Olive betraf. Die Kleinhirnolivenfasern dieser Seite und die linken Fibrae arcuatae externae anteriores waren degenerirt. Bemerkenswerth ist hier der Nystagmus als Bulbussymptom und das Verhalten der Sensibilität bei der gefundenen Schleifenaffektion.

In einem 4. Falle zeigte sich wahrscheinlich eine Combination von Hysterie und Bulbusaffektion; die Diagnose schwankte zwischen multipler Sklerose und Encephalomyelitis. Die Affektion hatte mit Fieber und Schlinglähmung eingesetzt, nach Monaten traten Doppelbilder und Schlafsucht auf, Parese beider Beine mit Parästhesien. Auf der rechten Seite fand man Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes, nystagmusartige Zuckungen der Bulbi, Gaumensegellähmung, Schluckbeschwerden, Stillstand der Aryknorpel bei der Phonation, Muskelsinnstörungen und Ataxie der Arme, Parese der Beine, über den Körper verstreute anästhetische Zonen, gesteigerte Sehnenreflexe, Romberg'sches Phänomen.

Ein weiterer Fall, der einen 17jähr. jungen Mann betraf, begann ebenfalls mit Fieber, Schlingbeschwerden und näselnder Sprache. In den nächsten Tagen war Schlucken unmöglich, das Gaumensegel beiderseits gelähmt, beiderseitige Internusparese im Larynx, vollkommener Verlust der Sensibilität der Gaumen-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut. Profuse Schweissausbrüche, Erbrechen, hohes Fieber. Tod nach 8 Tagen.

Im folgenden Falle handelte es sich um eine bulbäre Compressionlähmung. Ein 47jähr. Mann, der schon seit Monaten heftigen Kopfschmerz mit Sprachstörung dargeboten hatte, erkrankte mit Erbrechen, Schwindel, Schluck- und Schlingbeschwerden. Das Sprechen war unmöglich, der Mund konnte daher nicht weit geöffnet werden, Gähnen war möglich; die Augen konnten willkürlich nicht geschlossen werden, Blinzeln war möglich; ebenso bei willkürlicher Innervation Parese des Mund- und Stirnfacialis. Es bestand nahezu complete Glossoplegie, profuse Salivation.

Die *Obduktion* ergab im Winkel zwischen Pons und Medulla oblongata ein kleines Ependymgliom, sowie eine Zerstörung des rechten Vaguskernes durch ein Aneurysma.

Den bei Bulbäraffektionen, besonders bei jeder Veränderung des Zustandes auftretenden Schwindel möchte Schl. nicht auf einen bestimmten Theil des Bulbus beziehen, sondern ihn dem Bewusstseinsverluste bei Hirnaffektionen an die Seite setzen. Der Trismus war in diesem Falle ein Bulbärsymptom, er kann aber auch durch Hirnrindenherde erzeugt werden; in einem weiter angeführten Falle war er das einzige Symptom einer Ventrikelblutung.

Weiterhin berichtet Schl. über einige Fälle von Pseudobulbärparalyse. Das Bild charakterisirt sich durch allgemeine Arteriosklerose, abnorme psychische Erregbarkeit, Lach- und Weinkrämpfe, Verwirrtheit. Manchmal ist der Opticus betroffen. Das Sprechen ist bulbär, die Phonationmuskeln und der Mundfacialis sind paretisch. Mitunter findet man Dyspnöe in Anfällen, Cheyne-Stokes'sches Athmen mit Temperatursteigerung, Tachykardie, Arrhythmie des Pulses, Extremitätenlähmung. Sehr schwankender Verlauf, Entwickelung unter apoplektischen Insulten. Schl. berichtet über einen hierher gehörigen Fall.

Aehnlich verläuft die natürlich nicht an das höhere Alter gebundene luetische Form, nur dass ihre Symptome einer Behandlung wohl zugänglich sind. Auch hierfür bringt Schl. 2 Beispiele.

Bulbäre Symptome können dann auch cerebral bedingt sein oder durch eine Polyneuritis hervorgerufen werden. Endlich giebt es Formen mit vollkommen negativem anatomischen Befunde.

Einen etwa hierhor gehërigen Fall konnte Schl. beobachten. Eine 29jähr. Frau erkrankte plötzlich mit Schluck- und Schlingbeschwerden, Gaumensegellähmung, Salivation und Erbrechen. Die Bulbärerscheinungen gingen zurück, dafür traton Parese und Atrophie dor Armo und Beine ein; die Atrophie der Muskeln wurde durch Adipositas verdeckt. Dio Muskeln reagirten auf den faradischen Strom. Weiterhin erloschen die Patellarrefloxe; die Sensibilität war intakt, nur die rechte Fossa supraspinosa zeigto Temperatursinnstörungen. Ferner bestanden Parese des Detrusor vesicae und Obstipation. Plötzlich trat eine neue Bulbärlähmung auf, der die Kr. erlag. Die anatomische Untersuchung verlief durchaus resultatlos.

Schliesslich kann auch die Hysterie an bulbäre Symptomencomplexe erinnern.

E. Hüfler (Chemnitz).

292. Ueber die seltenen Formen der hereditären und familiären Hirn- und Rückenmarkskrankheiten; von Dr. Heinrich Higier in Warschau. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkdc. IX. 1 u. 2. p. 1. 1896.)

Unter den familiären centralen Nervenkrankheiten unterscheidet H. etwa 12 verschiedene Formen: 1) die familiäre Form der cerebralen Diplegie mit der familiären Chorea und Athetose, 2) die familiäre Entwickelungshemmung (Hypoplasie) des Grosshirns, Kleinhirns, bez. des gesammten Centralnervensystems, 3) die hereditär-familiäre spastische Spinalparalyse, 4) die familiäre Varietät der spinalen progressiven Muskelatrophie, 5) die familiäre progressive Bulbärparalyse und die familiäre Ophthalmoplegie, 6) die familiäre Form der sogen. neuralen progressiven Muskelatrophie mit Sensibilitätsstörungen, 7) die familiäre Form der progressiven myopathischen Muskelatrophie oder die sogen. Dystrophie, 8) die familiäre amyotrophische Lateralsklerose. (Bis hierher handelt es sich lediglich um Degenerationen im Gebiete der motorischen Bahn. In den folgenden Gruppen sind neben dieser auch noch die Systeme der Coordination und Sensibilität ergriffen.) 9) Dio hereditäre spinale Ataxie oder Friedreich'sche Krankheit, 10) die Hérédo-ataxie cérébelleuse, 11) die primäre combinirte Systemerkrankung des Rückenmarks, 12) vielleicht die familiären Formen der multiplen Sklerose und Syringomyelie. Selbstverständlich sind Misch- und Uebergangsformen überaus häufig. Auch die hereditär-familiären Erkrankungen, die etwa in einer Familie vorkommen, können die verschiedensten Bilder aufweisen. Ist beispielsweise die motorische Bahn schwach veranlagt, so kann sich die Erkrankung äussern als cerebrale Diplegie, als spastische Spinalparalyse, als progressive spinale oder neurale Amyotrophie und als muskuläre Dystrophie.

Im Anschlusse bespricht H. die Krankengeschichten von 4 Schwestern, die von einem familiären organischen Nervenleiden befallen waren. Aus den sehr ausführlichen Mittheilungen kann hier nur das Wichtigste hervorgehoben werden.

Die Krankheit begann nicht im frühesten Lebensalter, sondern bei den 4 Schwestern im 12., 10., 9. und 7. Lebensjahre. Es handelte sich somit um eine längere Zeit schlummernde Anlage. Die Krankheit begann bei allen Schwestern mit Schwäche und Steifigkeit in den Beinon, die bis zu spastischer Paraplegie der Beine mit Contrakturen an den Unterschenkelbeugern und den Adduktoren und Flexoren der Oberschenkel führto. Der Pes varo-equinus, Oedeme, Cyanose, trophische Störungen waren bei allen 4 Schwestern vorhanden. Gehen und Stehen war fast unmöglich. Im 3. bis 4. Krankheitjahre gesellte sich dazu Intentionzittern der Hände, verbunden in einem Falle mit Atrephie der kleinen Handmuskeln. Die Sehnenreflexe waren an den Beinen erhöht. Was die Hirnnerven anlangt, so wurden häufiges Verschlucken und Verlangsamung der Sprache beobachtet, Strabismus und Nystagmus in einem Falle. Bei allen Kranken bestand primäre progressive Opticusatrophie, bei allen auch eine bedeutende Abnahme des Intellekts. Nicht vorhanden waren Pupillenanomalien, Störungen der Sensibilität und der Sphinkteren, motorische und sensible Reizerscheinungen, tonische Muskelspannungen an den Armen und Verdickung oder Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Im Vordergrunde standen bei allen 4 Kranken die spastische Paraplegie, dio Zwangsstellung und zunehmende Schwäche der Hände, die Opticusatrophie und dio Abnahme der Intelligenz.

H. neigt dazu, das geschilderte Krankheitbild der cerebralen Diplegie unterzuordnen. Abweichend sind freilich der schleichende, nicht akute Beginn, der chronische progressive Verlauf, die Familiarität, das Auftreten der Krankheit im jugendlichen Alter, die Abwesenheit cerebraler Reizerscheinungen. Pathologisch-anatomisch handelt es sich wohl um eine congenitale Hypoplasie des Grosshirns. Möglicher Weise finden sich auch im Rückenmarke Degenerationen, woranf die Opticusatrophie hindeuten würde. Die Krankheit würde also als hereditär-familiäre cerebrale Diplegie zu bezeichnen sein.

E. Hüfler (Chemnitz).

293. Ueber das Verhalten der Hirnnerven bei den cerebralen Kinderlähmungen nebst einigen Bemerkungen über die bei den letzteren zu beobachtenden Formen der Pseudobulbärparalyse; von Dr. Wilhelm König. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 3 u. 4. p. 284. 1896.)

In 72 Fällen von cerebraler Kinderlähmung erwies es sich, dass in 37 Fällen Facialis oder Hypoglossus betheiligt war, und zwar war der Facialis oft auch bei unwillkürlicher Innervation gelähmt. Die motorische Portion des Quintus war auch als gelähmt nachweisbar, ohne dass im Kerne Veränderungen gefunden wurden. In 8 Fällen war der Oculomotorius betheiligt, 6mal ausschliesslich mit seinen inneren Aesten. In einem Theile der Fälle spielte hereditäre Lues entschieden eine Rolle. Makroskopisch glich der Sektion-

befund dem bei Paralyse; jedoch mikroskopisch fand sich das hauptsächlich hier wohl in Frage kommende centrale Höhlengrau normal. Einseitige Abducensparese fand sich 3mal, doppelseitige 5mal. Ebenso war die Opticusatrophie häufiger doppelseitig.

Ferner giebt es Fälle, die man als infantile Form der Pseudobulbärparalyse, als pseudobulbäre Form der cerebralen Kinderlähmung bezeichnen kann, neben „formes frustes". Nur muss man bei der Beurtheilung der Sprachstörung etwa bestehende adenoide Wucherungen ausschliessen. Abgesehen von dem Näseln ist aber die Sprachstörung oft so ausgesprochen, dass sie unbedingt auf eine centrale Läsion bezogen werden muss.

E. Hüfler (Chemnitz).

294. **Beitrag zur Kenntniss der Lage des vasomotorischen Centrums in der Medulla oblongata des Menschen**; von Dr. Gottfried Reinhold. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. X. 1 u. 2. p. 67. 1896.)

Nach einem von der piqûre Claude Bernard's ausgehenden Ueberblicke über die physiologischen Experimente zur Feststellung eines vasomotorischen Centrum in der Medulla oblongata geht R. zur Mittheilung dreier eigenen Krankengeschichten und Sektionberichte über.

Im ersten Falle, bei einer schweren Melancholie, traten plötzlich kurz vor dem Tode Oedeme der Füsse und der rechten Augengegend auf; im Urin fand man nichts; am linken Nasenflügel ein kleiner Furunkel. Dann verschwanden die Oedeme und der Urin enthielt Zucker. Dann traten neue Oedeme, Sugillationen und Ekchymosen auf und es erfolgte der Tod. Die Autopsie ergab auch Hyperämie und Ekchymosen in Leber und Milz. Ferner fand man im Grau des 4. Ventrikels massenhafte, frische Hämorrhagien, medial von den Alae cinereae, hinaufreichend bis zur Vierhügelgegend.

Im zweiten Falle zeigte sich eine, 5 Wochen lang anhaltende, allmählich abnehmende Glykosurie; auch hier traten dann spontan Oedeme und Blutungen auf. Auch hier fand man im Faserfilz des centralen Höhlengrau umfängliche, zum Theil schon ältere Hämorrhagien, gelagert wie im ersten Falle.

Im dritten Falle, bei Paralyse, bildeten sich kurz vor dem Tode spontan Abscesse an den Gliedern und Decubitus am Kreuzbein, dann eine Phlegmone der rechten Hand und ein Hämatom der rechten Ferse. Im Urin fand sich kein Zucker. Auch hier wieder bestanden im centralen Höhlengrau die Blutungen.

Die Verhältnisse des centralen Höhlengrau, die zuerst von Schütz genau untersucht wurden, gestatten recht gut, in ihnen ein nervöses Centrum zu suchen. Es ist ein ungemein feines Fasernetz mit eingelagerten Ganglienzellen. Während Schütz in seinem dorsalen Längsbündel Associationfasern erblickte zwischen den einzelnen Nervenkernen und den Zusammenhang dieser Fasern mit den dort liegenden Ganglienzellen nicht hervorheben konnte, weil bei seinen chronisch Kranken die Zellen längst zu Grunde gegangen waren, sieht R. in diesem Gewirr von Zellen und Fasern das vasomotorische Centrum. Die von Schütz nachgewiesenen Verbindungen mit anderen Theilen des Centralorgans vereinigen sich damit sehr gut.

E. Hüfler (Chemnitz).

295. **Polymyositis primaria acuta**; von Dr. Alexander v. Kornilow. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 1 u. 2. p. 119. 1896.)

Ein 31jähr. Mann kam mit den Symptomen einer unbekannten, parenchymatösen Nephritis, Oedemen und Albuminurie zur Beobachtung. Dazu gesellte sich erst Pleuritis, dann Perikarditis. Etwa einen Monat nach der Aufnahme trat unter Temperatursteigerung das Oedem wieder auf und breitete sich auch auf die Arme aus. Etwa 3 Wochen danach trat plötzlich, während die Urinmenge ungewöhnlich stieg, eine fast complete Lähmung der Arme und Beine ein. Spontane Schmerzen waren nicht vorhanden, jedoch waren die Muskeln druckempfindlich. Die Sensibilität war normal, die faradische Erregbarkeit fast in allen Muskeln erloschen, die galvanische Reaktion war theilweise träge. In der Bewegung der peripherischen Gelenke trat allmählich eine Besserung ein, die der centralen Gelenke blieb unverändert oder verschlechterte sich. Allmählich entwickelte sich Muskelatrophie. Die Sehnenreflexe, die im Anfange vorhanden gewesen waren, verschwanden, ebenso die Hautreflexe, mit Ausnahme des Cremasterreflexes.

Die Autopsie ergab chronische parenchymatöse Nephritis und Perikarditis. Ausserdem fand man weder im centralen, noch im peripherischen Nervensystem irgend eine Veränderung; nur die Muskeln waren in hohem Grade verändert. Es bestand eine sehr starke Myositis mit sowohl parenchymatösen, wie interstitiellen Veränderungen. Die Veränderungen des Parenchyms bestanden in Vacuelisation der Fasern, trüber Schwellung und Atrophie; das interstitielle Gewebe war gewuchert und kleinzellig infiltrirt. Es handelte sich also um eine reine Form von Polymyositis.

Der Fall ist in mehrfacher Hinsicht von Interesse. Einmal beweist er, dass träge Contraktion auch bei rein lokaler Erkrankung des Muskels vorkommt. Die Vertheilung ist die gewöhnliche. Bei primären Muskelleiden erkranken zumeist die centraleren, bei neurotischen Muskelleiden mehr die peripherischen Muskeln. Die Reflexe erloschen wohl der Muskelerkrankung wegen. Irgend ein unbekanntes Gift hat im Verlaufe der Nephritis plötzlich auf die Muskeln eingewirkt; daher auch die starke Polyurie. Anstatt des Ausdrucks Vacuelisation schlägt v. K. die Bezeichnung tubuläre Degeneration vor.

E. Hüfler (Chemnitz).

296. **Nouvelles considérations sur la maladie de Parkinson**; par le Dr. Gabriel Gauthier, Charolles. (Lyon méd. LXXX. 42. 43. p. 233. 274. 1895.)

G. hat früher die Parkinson'sche Krankheit als eine Muskeldystrophie mit muskulärer Phosphaturie aufgefasst, jetzt theilt er zunächst eine weitere hierhergehörige Krankengeschichte mit, aus der hervorzuheben ist, dass sich im Anschlusse an eine Fraktur Steifigkeit, Parese und Atrophie der Muskeln ausbildeten, bis allmählich das typische Bild zu Stande kam. Weiter theilt G. kurz 12 weitere Krankengeschichten mit, aus denen hervorgeht, dass es sich fast immer um nervös durchaus nicht belastete Personen handelte, die alle schwere körperliche Arbeiten geleistet hatten. Fast Alle klagten schon Jahre lang vorher über rheumatische

Schmerzen, hatten lange in feuchten Wohnungen gelebt. Erst trat immer die Muskelsteifigkeit auf, danach das Zittern. Als einziges Symptom der Krankheit bezeichnet G. die Steifigkeit und den Elasticitätverlust der Muskeln, hervorgerufen durch Ernährungsstörungen im Muskel selbst, so dass die Parkinson'sche Krankheit als muskuläre Autointoxikation aufzufassen wäre. Therapeutisch empfehlenswerth wäre eventuell die Injektion von Muskelsaft. E. Hüfler (Chemnitz).

297. **Ueber das Zittern bei Paralysis agitans**; von Dr. D. Gerhardt. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 305. 1897.)

Schon mehrfach ist betont worden, dass die alte Lehre nicht mehr haltbar sei, nach der das Zittern bei Paralysis agitans durch Bewegungen unterdrückt werde, während das Gegentheil bei der multiplen Sklerose zu beobachten sei. Man drückt sich jetzt weniger bestimmt aus. Entschieden kommen auch Fälle von Paralysis agitans vor, in denen das Zittern ein Intention-Zittern ist. Weiterhin wird durch psychische Aufregung und körperliche Anstrengung das Zittern stärker und ausgebreiteter. Häufig zu beobachten ist jedenfalls eine vorübergehende Steigerung der Oscillationen unmittelbar nach Einnahme der Ruhelage nach einer beabsichtigten Bewegung; es scheint dies in der That ein der Paralysis agitans eigenes Symptom zu sein. E. Hüfler (Chemnitz).

298. **Un cas de paraplégie spasmodique**; par les Drs. de Buck et de Moor. (Belgique méd. III. 15. p. 449. 1896.)

Eine 34jähr. Frau erkrankte während der Schwangerschaft plötzlich mit Paraplegie und Contraktur der Beine, die während der ganzen Schwangerschaft anhielten. Das Kind lebte nur 14 Tage. Um diese Zeit trat Besserung ein, die etwa 14 Tage anhielt. Dann trat Oedem der Beine auf, mit Incontinentia urinae; auch die Paraplegie und Contraktur stellten sich wieder ein. Schmerzen und Fieber fehlten. In der oberen Dorsalgegend fand man eine Kyphose. Ausser der spastischen Paraplegie bestand Hypästhesie mit Parästhesien unterhalb der Kyphose. Die Reflexe waren erhöht; Entartungsreaktion fand sich nicht.

Hysterie durfte wohl ausgeschlossen werden; es blieb also nur eine Pyramidenbahnerkrankung übrig, und zwar mit Wahrscheinlichkeit eine durch Compression; gerade die Schwankungen im Verlaufe werden in solchen Fällen oft beobachtet. E. Hüfler (Chemnitz).

299. **Myélite diffuse ou sclérose latérale amyotrophique**; par E. de Rham. (Annales suisses des Sc. méd. IV. 2. p. 65. 1896.)

Ein 64jähr. Mann erkrankte ziemlich plötzlich mit Steifigkeit im Nacken und Schmerzen, die bei jeder Bewegung bis in die Fingerspitzen ausstrahlten. In einigen Wochen beruhigten sich die Schmerzen, traten aber einige Monate später mit erneuter Kraft auf; allmählich kam eine sich immer mehr vergrössernde Muskelschwäche dazu, so dass der Kranke 1 Jahr später nicht mehr allein gehen und essen konnte. Die Untersuchung ergab starke Atrophie der Handmuskeln; die Finger waren gebeugt. Die Sensibilität war normal, nur an den Handrücken bestanden Hypästhesie und Hyperalgesie. Die Sehnenreflexe an den Beinen waren erhöht, die Berührungsempfindlichkeit aufgehoben. Schmerz- und Temperaturempfindung herabgesetzt. Der Gang, der nur mit Unterstützung möglich war, war ausgesprochen spastisch. Dann traten fibrilläre Zuckungen auf, überhaupt eine grosse Muskelerregbarkeit. Allmählich griff die Muskelatrophie weiter um sich; der Kr. ging, ohne dass Sphinkterenstörungen eingetreten waren, an Entkräftung zu Grunde, nachdem sich in den nicht atrophischen Muskeln deutliche Contrakturen ausgebildet hatten. Zunächst musste an eine Erkrankung der Seitenstränge mit Betheiligung der Vorderhörner gedacht werden, wenn auch die Sensibilitätstörungen eine weitere Ausdehnung forderten.

Man fand einen sklerotischen Herd, der am Ende des Halsmarkes vollständig die Hinterstränge und die hintere Hälfte der Seitenstränge zerstört hatte. Es bestand absteigende Degeneration beider Pyramidenbahnen durch das ganze Rückenmark hindurch und eine nur eine kurze Strecke weit zu verfolgende kommaförmige Degeneration etwa im Bereiche der Burdach'schen Stränge. Ausserdem fand man aufsteigende Degeneration der Hinterstränge und der Kleinhirnbahn. Wahrscheinlich steht die kommaförmige Degeneration mit dem Untergange von Commissurenfasern, die ihrerseits mit der grauen Substanz zusammenhängen, in Verbindung.

E. Hüfler (Chemnitz).

300. **Ein Fall von Poliomyelitis anterior subacuta (mit Zwerchfelllähmung) bei einer Erwachsenen**; von Dr. E. Orawitz. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 12. 1896.)

Eine 18jähr. Kr., die 1 Jahr vorher geboren und dann 8 Monate lang gestillt hatte, erkrankte unter starken Kopfschmerzen mit Nackensteifigkeit und Schwerbeweglichkeit der Wirbelsäule. In 3 Tagen wurden links Cucullaris, weniger Schulter und Oberarm, rechts Deltoideus, Rhomboidei, Serratus, Pectoralis major, Zwerchfell und Bein gelähmt; Sensibilitätstörungen fehlten vollkommen. Die Sehnenreflexe erloschen und es trat sehr schnell degenerative Atrophie ein. Blase und Mastdarm blieben intakt. Im Laufe eines halben Jahres besserten sich einzelne gelähmte Muskeln, doch die Beinlähmung blieb unverändert. Etwas anderes als Poliomyelitis anterior konnte nicht wohl diagnosticirt werden.

E. Hüfler (Chemnitz).

301. **Ueber Poliomyelitis anterior chronica als Ursache einer chronisch-progressiven atrophischen Lähmung bei Diabetes mellitus**; von Dr. M. Nonne in Hamburg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 10. 1896.)

Der von N. beschriebene Fall von Poliomyelitis anterior chronica ist zunächst deshalb interessant, weil Diabetes mellitus nachweisbar war, während die bisher beschriebenen wenigen derartigen Fälle ätiologisch dunkel blieben. Im Laufe von $1^1/_2$ Jahren entwickelte sich bei einer 64jähr. diabetischen Kranken eine an dem Schultergürtel beginnende, auf die Arme und Beine fortschreitende atrophische Parese der Muskeln, deren Grad distalwärts abnahm, mit entsprechenden Störungen der elektrischen Erregbarkeit. Gerade beim Einsetzen bulbärer Störungen erlag die Kranke einer Pneumonie. Multiple Neuritis war wohl auszuschliessen, weil jede Druckempfindlichkeit fehlte, weil der Process distal am schwächsten war. Die *Sektion* ergab Arteriosklerose des Tripus Halleri, Cirrhose des Pankreas und mikroskopisch eine starke, vom Halstheil bis zum Lendentheil abnehmende chronisch-atrophische Degeneration der Zellen und Fasern der grauen Vorderhörner mit sekundärer Atrophie der vorderen Wurzeln. Ausserdem fand man in Seitensträngen, Vordersträngen und Goll'schen Strängen deutliche Faser-Rarefikation. Die Gefässe waren nicht verändert.

Der Fall beweist also, dass die Toxine des Diabetes die motorischen Centren schädigen können.

Die Cirrhose des Pankreas stand wohl zum Diabetes in direkter Beziehung.

E. Hüfler (Chemnitz).

302. Ueber Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung in Folge von Erkrankungen des Rückenmarks; von Dr. Max Laehr. (Arch. f. Psych. XXVIII. 3. p. 773. 1896.)

Ueber den Verlauf der sensiblen Bahnen im Rückenmarke, über ihre Kreuzung, über ihre Theilung in verschiedene Neurone herrschen noch viele Meinungen. Die durch Thierversuche gewonnenen Anschauungen sind nicht ohne Weiteres auf den Menschen zu übertragen; klinische Beobachtungen mit pathologisch-anatomischen Untersuchungen sind deshalb von hohem Werthe. L. hat in 11 Fällen von centraler Rückenmarkserkrankung, darunter in 7 von Syringomyelie, genaue Untersuchungen angestellt. Zunächst liess sich nachweisen, dass nicht nur totale Anästhesien, sondern auch partielle Empfindungsverluste spinaler Ursache im Wesentlichen auf den gleichen Hautbezirken lokalisirt sind. Wenn dies von früheren Untersuchern nicht gefunden wurde, so hat das vielleicht darin seinen Grund, dass gerade peripherisch die Störungen am ausgesprochensten sind, während sie proximal abnehmen, deshalb auch leichter übersehen werden. Die Differentialdiagnose gegenüber der Hysterie, auf die L. eingeht, gewinnt dadurch entschieden an Sicherheit. Eben so wenig entspricht die Anästhesie in diesen Fällen dem Versorgungsgebiete peripherischer Hautnerven, sondern gleicht der Anästhesie nach Verletzungen der hinteren Wurzeln oder nach Querschnittsläsionen des Rückenmarks. Einer einseitigen partiellen Anästhesie entspricht eine Zerstörung des gleichseitigen Hinterhorns in einem ganz bestimmten Rückenmarksegment. Die Bahnen, die Temperatur- und Schmerzempfindung vermitteln, müssen also auf derselben Seite in die graue Substanz eintreten, in der die hinteren Wurzeln, aus denen sie hervorgehen, in das Rückenmark gelangen. Da nun ferner Anästhesie an den Beinen häufig fehlte, obwohl weiter oben die Hinterhörner doch zerstört gefunden wurden, so müssen die betreffenden Bahnen aus der hinteren grauen Substanz bald wieder heraustreten; wahrscheinlich verlaufen sie in den Seitensträngen weiter. Zahlreiche, aus der Literatur herangezogene Krankengeschichten und eigene Beobachtungen begründen diese Schlussfolgerungen. Auch im Trigeminusgebiete scheint die segmentale Anästhesie sich von dem Versorgungsgebiete der peripherischen Aeste zu unterscheiden. Schliesslich geht L. noch auf die bei Hämatomyelie beobachteten Sensibilitätstörungen ein, die, wenn nur die graue Substanz betroffen ist, das Bild der segmentalen Herderkrankung, in anderen Fällen die Combination einer solchen mit dem Brown-Séquard'schen Lähmungsbilde ergeben.

E. Hüfler (Chemnitz).

303. Ueber syphilitische, disseminirte cerebrospinale Sklerose; von Prof. W. v. Bechterew in Petersburg. (Arch. f. Psych. XXVIII. 3. p. 742. 1896.)

Ein Mann, der 1 Jahr vorher syphilitisch geworden war, erkrankte mit Schwächegefühl, Schmerzen und Parästhesien in Rumpf und Beinen. v. B. fand spastische Paraparese ohne Anästhesie, mit geringen Blasenstörungen. Auf eine specifische Kur bin ging die Krankheit etwas zurück; setzte aber nach kurzer Zeit wieder ein. Dazu kamen noch Impotenz, Steigerung der spastischen Paraplegie, fernerhin Diplopie, erschwerte Aussprache von Wörtern und apoplektiforme Anfälle. Ausserdem bestand eine sehr grosse Neigung zum Weinen. Auch diesmal trat Besserung ein, dann aber bildete sich allmählich Lähmung der rechten Hand aus, ferner solche der Kaumuskeln und Hemianopsie. Es musste an eine atypische Form der disseminirten Sklerose auf luotischer Basis gedacht werden, wenn auch das eigenthümliche Zittern, der Nystagmus und die scandirende Sprache fehlten.

Für eine besondere Form sprachen ausserdem die akute Entwickelung der Paraplegie, das frühe Auftreten der Blasenstörung, der Parästhesien und Neuralgien, der Augensymptome, die Reaktion auf die merkurielle Behandlung, der schnelle Verlauf überhaupt. Ebenso ist es wegen des Fehlens allgemeiner cerebraler Symptome, wie Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Bewusstseinstörung, Intelligenzabnahme wohl auch möglich, diese Form von der syphilitischen cerebrospinalen Meningitis zu unterscheiden.

Bei der Autopsie fand man im linken Sehhügel eine Gummigeschwulst, sehr starke Endarteriitis der Arteria basilaris, eines Theiles des Circulus arteriosus Willisii und der Arteria cerebelli anterior superior und, ausgehend von den Gefässwänden und mit ihrer verdickten Wandung direkt zusammenhängend, zahlreiche, über Gehirn, Rückenmark und Rückenmarkswurzeln verstreute Herde. Während bei der gewöhnlichen multiplen Sklerose die Achsencylinder meist erhalten bleiben, sekundäre Degenerationen also nicht auftreten, so waren jene hier zu Grunde gegangen.

Ausser Degeneration der Goll'schen Stränge und der Pyramiden, die durch die entsprechenden Herde ohne Weiteres sich erklärten, fand sich noch eine absteigende Degeneration des vorderen Kleinhirnschenkels und des centralen Haubenbündels, die also centrifugale Fasern enthalten müssen. E. Hüfler (Chemnitz).

304. Akute disseminirte Rückenmarks-Sklerose mit Neuritis nach Diphtherie bei einem Kinde; von Prof. S. E. Henschen. (Fortschr. d. Med. XIV. 14. 1896.)

Neben der peripherischen neurotischen Form der postdiphtherischen Lähmung und der muskulären Form werden auch spinale Formen beobachtet, selten auch cerebrale, durch Embolie oder Hämorrhagie hervorgerufene (halbseitige) Lähmungen.

Um eine weitere neue Form handelte es sich bei einem 14jähr. Mädchen, das nach leichter Diphtherie mit Parese und Parästhesie der Beine und Harnretention erkrankte. Allmählich wurden die Beine gelähmt und der Körper bis zum Thoraxrande gefühllos, die Patellarreflexe waren jedoch erhöht. Dann wurde der rechte Arm paretisch, die Anästhesie ging herauf bis zur 5. Rippe. Bei der Aufnahme war die Sehschwäche links herabgesetzt, die Augenlider wurden schwer gehoben, die Pupillen reagirten träge. Alle Empfindungen, am wenigsten die der Wärme, waren von den Beinen bis zum Thorax stark herabgesetzt; es bestanden Parese des rechten Arms und der Bauchmuskeln, Paralyse der Beine und Harnretention. Die Patellarreflexe fehlten. Dann wurde auch der linke Arm schwach, die Ptosis ausgesprochener; es bestand Hyperästhesie im unteres

Theile des Gesichts und im rechten Arme; die Stimme war nasal, das rechte Stimmband weniger beweglich, die Halsmuskeln waren gelähmt und in den gelähmten Muskeln war die elektrische Erregbarkeit herabgesetzt; ausserdem fand man Anästhesie des Afters. Allmählich besserten sich zwar die Mobilität und die Sensibilität, doch starb die Kr. an einer Bronchopneumonie. Im Rückenmarke sah man viele sklerotische Herde, im Cervikalmarke nur wenige, dort aber Degeneration der Goll'schen Stränge. Ausserdem fand sich eine schwere Degeneration der Beinnerven und leichte Neuritis der Armnerven. Polyneuritis war wegen der gesteigerten Patellareflexe auszuschliessen [?] und es war eher an Myelitis zu denken. Die akute Sklerose zeigte durchaus das Bild einer Entzündung. E. Hüfler (Chemnitz).

305. **Sclérose cérébrale hypertrophique ou tubéreuse, compliquée de méningite**; par Hourneville. (Progrès méd. 3. S. III. 9. 1896.)

Ein von syphilitischen Eltern stammendes, auch nervös hereditär schwer belastetes Kind bot schon vom 3. Monate an die Zeichen der Idiotie, dazu traten vom 8. Monate bis zum 3. Jahre sehr häufige Krämpfe, Zähneknirschen, nächtliches Aufschreien. Das Kind sprach fast nichts, nur papa, maman, ohé; es zeigte leichte Contraktur der Hände, schwerfälligen Gang mit Schwanken des Oberkörpers von vorn nach hinten. Mit 10 Jahren ging es an Tuberkulose zu Grunde.

Alle Nähte des Schädels waren noch nicht verwachsen. Ausserdem bestanden Meningo-Encephalitis und hypertrophische Sklerose. Die Meningo-Encephalitis betraf alle nicht sklerotischen Stellen, hauptsächlich die innere Fläche der Hemisphären. Auf der Oberfläche der rechten Hemisphäre fand man 13, auf der linken 7 sklerotische Herde, die sich deutlich durch ihre weisse Farbe abhoben. E. Hüfler (Chemnitz).

306. **Casuistische Beiträge zur Lehre von der chronischen, recidivirenden Tetanie** *mit Beobachtungen über die Schilddrüsenfütterung bei derselben;* von Dr. J. Marschner. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 501. 1896.)

In der Zeit von 5 Monaten wurden in der Prager Klinik 5 Fälle von Tetanie beobachtet. In dem einen Falle trat die Tetanie im Prodromalstadium einer Pneumonie auf und war mit Stauungspapille complicirt. In 4 Fällen war die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln gesteigert. Schilddrüsenfütterung hatte keinen Einfluss. E. Hüfler (Chemnitz).

307. **Klinische und anatomische Beiträge zur Kenntniss der multiplen Alkoholneuritis nebst Bemerkungen über die Regenerationsvorgänge im peripheren Nervensystem**; von Dr. Hans Gudden in Tübingen. (Arch. f. Psychiatrie XXVIII. 3. p. 643. 1896.)

Die Arbeit G.'s beginnt mit einer tabellarischen Uebersicht über die bisher veröffentlichten pathologisch-anatomischen Befunde bei Alkoholneuritis und umfasst 43 Fälle; daran schliessen sich 5 eigene Beobachtungen.

Der erste betraf einen 38jähr. phthisischen Alkoholiker, der motorische und sensible Störungen in Form von Paresen, Abschwächung der Kniephänomene, Hyper- und Hypästhesien, hauptsächlich der Beine, darbot. Die Streckmuskeln der Beine zeigten Entartungsreaktion, im Uebrigen starke Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Dazu kamen dann Verminderung des Lagegefühls, Verlangsamung der Schmerzleitung. Psychisch war der Kr. stark gestört; es bestanden grosse Gedächtnissschwäche, Verkennung von Zeit und Umgebung, verbunden mit Erinnerungstäuschungen, Wahnideen, Sinnestäuschungen, besonders Gehörshallucinationen. Der Kr. erlag, nachdem eine gewisse Apathie eingetreten war, die Paresen jedoch eher sich gebessert hatten, der Phthise.

Die mikroskopische Untersuchung der Nerven ergab eine gegen die Peripherie hin zunehmende Degeneration, so dass z. B. am Oberarm wenige Fasern der 3 grossen Stämme degenerirt waren, während im vorderen Drittel des Unterarms bereits über die Hälfte ergriffen war, und der Process in den Muskelästen den höchsten Grad erreichte. Dieselben Verhältnisse fanden sich an den Beinen, nur noch ausgeprägter. Sämmtliche Bestandtheile der Nerven waren erkrankt. Besonders bemerkenswerth war die sog. segmentäre Neuritis, plötzliche Verschmälerung eines Stückes der Nervenfaser. Auch die Muskeln zeigten interstitielle und parenchymatöse Veränderungen. Im Rückenmarke fand man hauptsächlich Veränderungen an den Blutgefässen, besonders der dorsalen Hälfte, auch Blutungen, die besonders proximal vom Aquädukt zahlreich wurden. In Hirn- und Rückenmarkshäuten sah man viele Kalkkugeln.

Der 2. Kr., ebenfalls ein Phthisiker, bot in der Hauptsache neben einer der vorigen ähnlichen psychischen Störung die Symptome einer atäktischen Form der Neuritis. Nach einer vorübergehenden Besserung der motorischen und psychischen Symptome ging er an der Phthise zu Grunde. Auch hier ergab die Untersuchung den gleichen Befund: progressive Zunahme der Degeneration gegen die Peripherie hin. Im Rückenmarke fand sich eine geringe Degeneration in beiden Hintersträngen. Ebenfalls vom IV. Ventrikel an sah man im centralen Höhlengrau kleinere Blutungen mit benachbartem Markzerfall, und beträchtlichen Faserschwund in der Hirnrinde.

Der 3. Pat., ein 48jähr. Mann, litt schon 5 Jahre vor Ausbruch der Neuritis an Epilepsie, hatte öfter auch Anfälle von Delirium tremens gehabt. Es bestanden Hyperästhesie, Druckempfindlichkeit der Nerven und Muskeln, Gedächtnissschwäche, bald Euphorie, bald weinerliche Stimmung, nächtliche Unruhe. Die Nerven waren wenig verändert, zum Theil boten sie das Bild der segmentären Degeneration dar. Dagegen waren die Veränderungen im Centralnervensystem, die durch Verkalkung der Gefässe entstanden waren, sehr stark; im distalen Vagusgebiete, in der Gegend zwischen Facialis und Trochlearis, besonders aber im Gebiete des dritten Ventrikels und der grossen Ganglien fand man viele Blutungen und beträchtliche Gefässvermehrung.

Im 4. Falle, bei einem 35jähr. Manne, trat $^1/_2$ Jahr nach einer neuritischen Peronaeuslähmung wieder eine gleiche Lähmung auf, mit Entartungsreaktion; nach der Aufnahme folgte ein 4tägiges Delirium und daran schloss sich ein Zustand von Euphorie, Gedächtnissschwäche und nächtlicher Unruhe. Am 10. Tage starb der Kr., der auch Phthisiker war, an Herzschwäche. Auch hier fand man hämorrhagische Encephalitis in den Wandungen des dritten Ventrikels, Atrophie der Corpora mammillaria, beträchtliche Nervendegeneration, besonders im Gebiete der M. tibialis und peronaeus. Ausserdem waren auch die Muskeln selbst befallen, es fanden sich durch seröse Ausschwitzungen entstandene Lücken zwischen den Muskelquerschnitten.

Der letzte Fall betraf einen 39jähr. Mann, bei dem sich allmählich allgemeines Schwächegefühl und Schmerzempfindlichkeit und Parese der Beine, Fehlen der Patellareflexe, Gedächtnissschwäche, Delirien einstellten. 4 W. nach der Aufnahme erfolgte der Tod. Man fand Kalkeinlagerungen in den Rückenmarkshäuten, Hyperämie des Rückenmarks mit stellenweise auftretenden kleinen Extravasaten.

Nach einer Besprechung eigenthümlicher Nervendegenerationbilder, wie sie G. mehrfach in diesen Fällen beobachten konnte, geht er zunächst auf die psychischen Störungen ein, die die erwähnten Kranken darboten, und die mit der von Korsakow aufgestellten Form der Psychosis polyneuritica oder Cerebropathia psychica toxaemica identisch sind, erwähnt auch 4 weitere hierhergehörige Krankengeschichten, aus denen jedoch hervorgeht, dass diese Form sich auch ohne den Zusammenhang mit multipler Neuritis in ganz derselben Weise findet, dass ihr also ein specifischer Charakter nicht zukommt. Die segmentäre Form der Neuritis ist als ein Stadium der Regeneration zu betrachten, das allerdings unter Umständen frühzeitig gehemmt werden kann. Ebenso haben eigenthümliche Fasern, die durch häufige Theilung ausgezeichnet sind, und ein breites, blasses Aussehen zeigen, wahrscheinlich eine ähnliche Bedeutung. Eine Literaturübersicht schliesst die Abhandlung.

E. Hüfler (Chemnitz).

308. **Alcoolisme; résection du genou gauche; tuberculose; atrophie unilatérale de la colonne de Clarke; dégénérescence du faisceau cérébelleux**; par E. de Cérenville et H. Stilling. (Annal. suisses des Sc. méd. IV. 2. p. 53. 1896.)

Ein 34jähr. Potator (Absinth und Alkohol) kam mit Delirium tremens zur Beobachtung. 3 Jahre vorher war wegen Tuberkulose eine Kniegelenkresektion gemacht worden. Einige Tage nach der Aufnahme trat bläuliche Verfärbung des rechten Daumens und Zeigefingers ein, mit Schmerzen. Allmählich kamen dazu Atrophie, besonders des ersten Interosseus, und eine Behinderung der Opposition. Die Nerven in der Bicipitalfurche waren druckempfindlich. Weiterhin stellte sich Zittern im rechten Beine ein, der Gang wurde spastisch. Sensibilitätstörungen fehlten, die Reflexe waren erhöht. Die Schmerzen hörten allmählich auf, jedoch blieb Schwäche des ganzen Armes zurück. In den Muskeln liess sich ein „gewisser Grad von EaR" nachweisen. Der Kr. verliess dann das Spital, kam aber nach 2 Jahren wieder. Es bestanden noch Atrophie, Parese und EaR in den Muskeln des Daumens, kleinen Fingers und der Interossei. Der Kr. ging an Pneumothorax zu Grunde. Zweifellos handelte es sich um eine alkoholische Neuritis. Hand und Arm konnten nicht untersucht werden. Im Rückenmarke fand man schon in der Gegend der Pyramidenkreuzung links die Kleinhirnbahn neurogliareicher als rechts; nach unten zu trat dies immer mehr hervor. Ebenso fand sich eine Rarefikation der Zellen der linken Clarke'schen Säule, hervorgerufen durch Atrophie. Die entartete Zone in der Gegend der Kleinhirnbahn blieb nicht streng auf diese beschränkt, sondern griff noch etwas darüber hinaus. Die Vff. sind geneigt, den Schwund der Clarke'schen Zellen auf die Knieresektion zu beziehen, ebenso wie den Faserschwund im Seitenstrange. Jedoch lässt sich der möglicherweise in Betracht kommende Einfluss des Alkoholismus auch auf die Rückenmarksbefunde nicht ablengnen. E. Hüfler (Chemnitz).

VI. Innere Medicin.

309. **1) Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Bianchi'schen Phonendoskopes**; von Dr. F. Egger. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 45. 1896.)

2) Das Phonendoskop und die Friktionsmethode; von Dr. G. Grote. (Ebenda XLIV. 10. 1897.)

Das von *Bianchi* erfundene und gerühmte „Phonendoskop", mit dem man nicht nur die im Körper entstehenden Geräusche sehr viel besser hören sollte, wie mit dem Stethoskop, sondern mit dessen Hülfe man auch die verschiedenen Körpertheile von einander, bez. von Geschwülsten, Ergüssen u. s. w. leicht und sicher sollte trennen können, erweist sich mehr und mehr als ein recht zweifelhaftes Ding.

Egger (Baseler Poliklinik) schildert die sehr störenden und geradezu schmerzhaften Nebengeräusche, die das Instrument, auch in seinen verschiedentlichen „Verbesserungen", anfweist und kann es als Höhrrohr schon deshalb nicht loben, weil es hohe Töne nicht leitet und deshalb an Obertönen reiche Geräusche, klingende Rasselgeräusche, bronchiales Athmen u. s. w. in sehr unangenehmer Weise verändert. Dass man die Körpergeräusche lauter und auch noch an Stellen hört, wo sie mit dem üblichen Stethoskope nicht mehr wahrznnehmen sind, ist richtig, ist aber auch von recht zweifelhaftem Nutzen.

Grote (med. Klinik zu Giessen) geht namentlich auf die Abgrenzung der verschiedenen Gebilde ein und zeigt, dass hier gar nichts zu holen ist, „dass die mittels der Friktionsmethode erzielten Projektionsfiguren nur die Spannungsverhältnisse der einzelnen Hautpartien, nicht aber die Beschaffenheit und Grösse der darunter gelegenen Organe beurtheilen lassen".

Augenscheinlich ist das „Phonendoskop", abgesehen von einzelnen Ausnahmefällen (Jahrbb. CCLIII. p. 168), nichts werth. Dippe.

310. **Sur la peste bubonique et sa sérothérapie**; par Roux. (Gaz. des Hôp. LXX. 11. 1897.)

In den Bubonen der Pestkranken finden sich sehr zahlreiche specifische Mikroorganismen, die in schweren Fällen auch in das Blut übergehen und bei der Sektion in den Lymphdrüsen, sowie in Leber und Milz angetroffen werden. Der Pestbacillus ist kurz, färbt sich mit basischen Anilinfarben, besonders an den abgerundeten Enden, nach Gram wird er entfärbt. Er wächst leicht auf Gelatine und alkalischer Bouillon. Durch Pestkeime, die sich lange im Erdboden halten können und während einer Epidemie dort auch nachzuweisen sind, werden vor Allem Ratten inficirt, die die Krankheit wieder auf den Menschen übertragen, meist mit Hülfe von Hautwunden oder durch den Verdauungstractus.

Nach den Beobachtungen von Yersin in Hongkong 1894 über die Pest ging man im Institute Pasteur daran, Pferde in der Weise zu immunisiren, dass man ihnen allmählich stärkere Dosen einer virulenten Cultur in die Venen spritzte. Mit dem gewonnenen Serum konnten geimpfte Mäuse am Leben erhalten werden. Am 26. Juni 1896 konnte Yersin zum ersten Male ein Serum, das er in einem zu Nha-Trang (Annam) errichteten Laboratorium hergestellt hatte, bei einem pestkranken Chinesen in Canton anwenden und den Schwererkrankten in kurzer Zeit retten. Zwei andere ebenso behandelte Kranke genasen ebenfalls. Weitere 23 Kranke wurden in Amoy behandelt, von denen nur 2 hoffnungslose, erst am 5. Tage in Behandlung kommende, starben (die Mortalität der Pest beträgt sonst 80%).

Die Genesung war um so schneller, je eher die Kranken in Behandlung kamen. Bei sofortiger Injektion nach Ausbruch der Krankheit waren die Erscheinungen am folgenden Tage geschwunden, der Kranke in 2 Tagen geheilt. Je später, desto mehr Serum wurde injicirt. Die Bubonen gingen bei der Behandlung mit Serum in den ersten 2 Tagen sehr schnell zurück; bei späterer Injektion gelang es nicht immer, eine Eiterung zu vermeiden, die aber nur kurz andauerte. Während sonst die Reconvalescenz nach Pest lange dauert, war bei den behandelten Kranken die Wiederherstellung eine schnelle und vollständige. Das in Amoy verwendete Serum war im Institute Pasteur hergestellt und hatte die weite Reise während der heissen Jahreszeit ohne Schaden vertragen. Im Vergleiche zum Diphtherie- und Tetanusserum war das Pestserum sehr schwach. Die Injektionen waren schmerzhaft, aber ohne Nachtheil. Zur Immunisirung wurde das Serum noch nicht verwendet. Forstmann (Dresden).

311. Zur Behandlung der Scharlachcomplikationen mit Antistreptokokkenserum; von Dr. Löhr. (Charité-Annalen XXI. p. 340. 1896.)

L. berichtet über die an 8 Kindern der Heubner'schen Klinik angestellten Versuche, complicirte Scharlacherkrankungen mit Antistreptokokkenserum zu behandeln. Da das Weiterschreiten, bez. die Entstehung der Complikationen auch bei Verwendung grosser Serumgaben nicht verhütet werden konnte, so wurde von weiterer Verwendung des Mittels abgesehen. Brückner (Dresden).

312. Die Recurrensepidemie zu Moskau im Jahre 1894; von Dr. Hugo Löwenthal. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 401. 1896.)

Nach einer Pause von 12 Jahren trat 1894 in Moskau eine Recurrensepidemie auf. Von Januar bis December wurden in dem alten Katharinen-Spitale 634 Recurrenskranke aufgenommen, die meisten von April bis September, und diese Fälle geht L. ihren Eigenthümlichkeiten nach durch.

Die Epidemie war gutartig; Mortalität: 1.26%. Die meisten Kranken standen zwischen 10 und 40 Jahren; 83% waren Männer, 17% Frauen. Einen Anfall hatten 36.57%, 2 Anfälle 28.65%, 3 Anfälle 32.07%, 4 Anfälle 2.71%, mehr Anfälle kamen nicht vor. Die längste Apyrexie betrug 21 Tage. In 23.5% der Fälle waren im Blute keine Spirillen zu finden; in 7.75% traten Hautausschläge (Roseola, Urticaria, Herpes, Blutungen u. s. w.) auf. Knöchelödem in 12.6% der Fälle, Parotitis in 2.52%. Häufig erkrankte nur ein Gelenk, Nasenbluten war selten, croupöse Pneumonie trat 7mal sehr gutartig auf. 1mal führte eine Glossitis parenchymatosa zum Tode. Nicht selten verlief der 1. Anfall unter dem Bilde eines kurzen Unterleibtyphus. Dippe.

313. Ueber den Keuchhusten; von Julius Ritter in Berlin. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 47. 48. 1896.)

R. beschäftigt sich seit Jahren sehr eingehend mit dem Keuchhusten und glaubt auf Grund seiner grossen Erfahrung etwa Folgendes sagen zu können.

Der Keuchhusten kommt gleichmässig in allen Jahreszeiten vor, am seltensten im December. Er befällt mit Vorliebe Kinder (Knaben und Mädchen etwa gleich) von $^1/_4$—5 Jahren. Jenseit des 6. Jahres wird er schnell selten. Als Erreger glaubt R. einen Diplococcus festgestellt zu haben, der namentlich im Stadium convulsivum stets in grosser Menge im Auswurfe zu finden ist. Er ist der Aussenwelt gegenüber sehr wenig widerstandsfähig; daher die Uebertragung der Krankheit eigentlich nur von Mensch zu Mensch, d. h. vom Kranken auf Gesunde, nur ganz ausnahmeweise durch Mittelpersonen, Gegenstände, Räume u. s. w. Augenscheinlich sind die Kinder gewisser Familien empfänglicher als die anderer.

Therapeutisch lässt R. nur das Chinin gelten und das Bromoform, das ihm bei der nöthigen Vorsicht ($^1/_4$—$^1/_2$ Jahr 3mal täglich 2 Tropfen; $^1/_2$—1 Jahr 3mal täglich 3 Tropfen; 3 Jahre 4—5mal täglich 6—7 Tropfen u. s. w.) als ganz ungefährlich erscheint. Dippe.

314. Des adénopathies dans le rhumatisme chronique infectieux; par A. Chauffard et F. Ramond. (Revue de Méd. XVI. 5. p. 345. 1896.)

Nach den Untersuchungen von Charcot und Marie unterscheiden die Franzosen neben den auf Senilität und auf allgemeinem „Arthritismus“ beruhenden Formen des „chronischen Gelenkrheumatismus“ eine infektiöse Form. Sie tritt häufiger bei jungen Menschen, namentlich Mädchen und Frauen auf, sie zeigt akute Nachschübe, sie geht mit trophischen Störungen in der Umgebung der Gelenke, namentlich auch in der Haut einher und sie ist bis zu einem gewissen Grade den bekannten Antirheumaticis, namentlich dem Salol, zugänglich.

Ch. und R. machen nun darauf aufmerksam, dass man bei dieser Form häufig eine schmerzhafte Anschwellung der zu den erkrankten Gelenken gehörigen Drüsen findet. Eine Anschwellung, die augenscheinlich in Abhängigkeit von den Vorgängen in den Gelenken steht. Man kann diese Drüsenschwellungen mit als Beweis für die infektiöse Natur des chronischen Gelenkrheumatismus heranziehen. Der einzig sichere Beweis, der Nachweis der Erreger, fehlt noch; auch Ch. und R. hatten in dieser Beziehung bei der Untersuchung der Gelenkflüssigkeit und der entzündeten Drüsen kein Glück. Dippe.

315. **Ueber die idiopathische fibrinöse Bronchitis (Bronchitis fibrinosa idiopathica)**; von Dr. A. Sokolowski in Warschau. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 476. 1896.)

S. hat 4 Fälle dieser seltenen und immer noch recht räthselhaften Krankheit beobachtet. Der erste zeigte den *bekannten chronischen Verlauf*. Der 47jähr. Kranke hustete 4 Jahre lang, im letzten Jahre täglich, reichliche Gerinnsel aus. Das Allgemeinbefinden blieb dabei lange Zeit recht leidlich, dann wurde der Kranke, namentlich in Folge häufiger, zuletzt täglicher Lungenblutungen, sehr matt und blass und starb an Entkräftung. Eine hinzugetretene Tuberkulose war nicht anzunehmen. S. meint, dass man sich in dieser Beziehung wohl öfter getäuscht habe. Die Blutungen und die Abmagerung beweisen nichts, nur der Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum stellt die Tuberkulose sicher. — Aetiologisch ist dieser erste Fall vollkommen dunkel; therapeutisch war Alles nutzlos.

Fall 2 und 3 sind Beispiele für die *akute infektiöse fibrinöse Bronchitis.*

Nr. 2 betraf einen Arzt, der sich vielleicht bei bakteriologischen Arbeiten angesteckt hatte. Schwerer Verlauf. 3 Wochen lang Schüttelfröste mit grosser Hitze, starkem Schweiss und Zeichen von Herzschwäche. Der charakteristische Auswurf enthielt Streptokokken. Heftiger Husten, starke Athemnoth, Schlaflosigkeit. Der Kr. kam sehr herunter, genas aber vollständig.

Fall 3 setzte auch plötzlich mit Schüttelfrost und Fieber ein, lief aber in etwa 10 Tagen schnell und leicht ab. — S. meint, dass derartige Fälle, in denen der Auswurf nicht sehr reichlich zu sein braucht, Husten und Athemnoth mässig sind, oft übersehen oder wenigstens falsch (z. B. als „Asthma") gedeutet werden.

Im 4. Falle endlich trat die fibrinöse Bronchitis zu einer seit Jahren bestehenden chronischen Lungentuberkulose hinzu. Der Kranke warf ganz unvermuthet 2 Wochen lang unter heftigem Husten und starker Athemnoth Gerinnsel aus. Er kam dadurch sehr herunter und starb schneller als es sonst wohl zu erwarten gewesen wäre. Dippe.

316. **Pleuritis pulsans**; von Dr. Theodor Fuchs. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 255. 1897.)

F. berichtet über einen eigenen Fall und fasst kurz zusammen, was wir über pulsirende Pleuraergüsse wissen. Augenscheinlich kann die Pulsation auf verschiedene Weise zu Stande kommen. Bedingung ist stets ein kräftiger Herzschlag. Häufig ist die Brustwand besonders dünn, die Pleura costalis zerstört. Damit stimmt überein, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um eiterige Ergüsse handelt, und dass Durchbrüche nach aussen nicht so gar selten sind.

Im Uebrigen verhält der Erguss sich wie ein nicht pulsirender auch. Dippe.

317. **Ueber inspiratorische Einziehungen am Thorax**; von Dr. D. Gerhardt. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 1 u. 2. p. 37. 1896.)

Von den Untersuchungen Duchenne's ausgehend, beschäftigt sich G. mit den inspiratorischen Einziehungen der unteren Thoraxpartien, soweit sie auf den Zug des sich contrahirenden Zwerchfells zu beziehen sind. Sie sind seit lange bei weichen, biegsamen Rippen, bei Rhachitis bekannt. G. beobachtete sie ferner bei stark inspiratorischem Thorax (Emphysem) und in Fällen, in denen durch Volumzunahme des Unterleibes die unteren Rippen auseinander und aufwärts gedrängt waren: bei Ascites und bei Geschwülsten, die von den dem Zwerchfell benachbarten Organen ausgingen, nicht bei Schwangerschaft und Ovarialtumoren. Endlich hat G. bei der Mehrzahl der Kranken mit ausgesprochenen Symptomen der Enteroptose bei Phrenicusreizung deutliche Einziehung der unteren Thoraxpartien gesehen. Patzki (Leipzig).

318. 1) **Ueber Venaesektionen**; von Prof. Krönig. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 42. 43. 1896.)

2) **Ueber die Indikationen des Aderlasses**; von Dr. Alb. Albu. (Ebenda 43.)

3) **Blutentziehungen, insbesondere der Aderlass, ihre Technik und Anwendung in der Therapie**; von Dr. Adolf Thiele. (Med. Bibliothek f. prakt. Aerzte 90—92. Leipzig. C. G. Naumann. Kl. 8. VIII u. 195 S. 1 Mk. 50 Pf.)

Der Aderlass kommt neuerdings wieder mehr und mehr in Aufnahme. Wir halten das entschieden für gut und möchten deshalb auf die beiden Mittheilungen von Krönig und Albu ganz besonders aufmerksam machen.

Etwas Neues enthalten sie beide nicht. Sie besprechen unter Anführung guter Beispiele die oft überraschend günstige Wirkung der Blutentziehung bei der Lungenentzündung, bei Herzleiden, bei Hirnblutungen, bei Vergiftungen (einschliesslich der Urämie u. s. w.) und bei der Chlorose. Der Aderlass bewirkt eine Verringerung der Blutmenge, eine Entgiftung des Körpers und hat eine Verbesserung des Blutes zur Folge. Je nach dem Falle wird diese oder jene Wirkung in Frage kommen und von besonderem Nutzen sein.

In der Diskussion zu Krönig's Vortrag (Berliner med. Gesellschaft. Berl. klin. Wchnschr. XXX. 50. 1896) sprach man sich im Ganzen wohl-

wollend über den Aderlass aus, hob aber hervor, dass man seinen Nutzen nie ganz sicher voraussagen kann, und dass der Zeitpunkt, wann er vorgenommen werden soll, doch oft recht schwer zu bestimmen ist. Als Operation ist er meist sehr einfach, namentlich dann, wenn man ein genügend scharfes Messer zur Hand hat (darauf kommt viel an!); will die Vene durchaus nicht hervortreten, dann muss man einen Hautschnitt machen und sie aufsuchen. —

Wer sich über den Aderlass in alter und in neuer Zeit gut unterrichten will, der schaffe sich das vortreffliche kleine Buch von Thiele an. Er findet darin neben einem geschichtlichen Ueberblick, so ziemlich Alles, was sich über Ausführung, Wirkung und Anzeigen des Aderlasses sagen lässt. Dippe.

319. **Die diagnostische Bedeutung der Punktion des Wirbelkanals**; von Dr. Friedr. Strans. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVII. 3 u. 4. p. 328. 1896.)

Str. bespricht auf Grund der bereits vorliegenden Mittheilungen und 8 (mit einem kurzen Anhange 12) eigener Beobachtungen aus der Münchener med. Klinik den grossen Werth der Punktion des Wirbelkanales für die Physiologie und die Pathologie. Er meint, dass der sehr einfache und ungefährliche Eingriff „ein diagnostisches Mittel allerersten Ranges“ sei.

Die Einzelheiten der umfangreichen Arbeit lassen sich in einem kurzen Referate nicht wiedergeben. Dippe.

320. **Lumbalpunktion als therapeutischer Eingriff bei Encephalopathia saturnina**; von Dr. Seegelken. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 47. 1896.)

Ein 20jähr. Malergehülfe kam mit den Erscheinungen schwerer chronischer Bleivergiftung in die med. Klinik zu Jena. In der Nacht vom 17. zum 18. August plötzlich rechtsseitige Krämpfe; am andaren Tage tiefes Koma mit erloschenen Reflexen, schnellem kleinen Puls.

Die Lumbalpunktion, bei der 60 ccm einer anfangs klaren, dann leicht getrübten Flüssigkeit entleert wurden, schien sehr günstig zu wirken. Der Kranke wurde geheilt entlassen. Dippe.

321. **Méningite chronique, dégénérescence des capsules surrénales avec absence de pigmentation**; par E. Lefas. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 915. Déc. 1896.)

Bei einem 60jähr. Manne, der nie Pigmentflecke auf der Haut und den Schleimhäuten gezeigt hatte, ergab die *Sektion* beide Nebennieren um das 4—5fache vergrössert (20 g schwer), mit der Umgebung leicht verwachsen und, besonders die linke, nach unten gesenkt und dem Hilus der entsprechenden Niere vorgelagert, gelblich-weiss und sehr fest; die Milz normal gross, an der Convexität mit einer $^1/_2$ cm dicken fibrösen Exsudatschicht bedeckt; die Lungenspitzen mit einigen Tuberkeln durchsetzt; die Pia-mater an der ganzen Convexität des Gehirns sehr verdickt, milchig, fest, schwach mit den sonst normalen Gehirnwindungen verwachsen. Die histologische Untersuchung ergab an Durchschnitten der Nebennieren die Peripherie bestehend aus Bindegewebeelementen mit verlängerten Kernen, an den übrigen Stellen gleichfalls Bindegewebeherde in Form von elliptischen Inseln und von Balken, zerstreut in einem körnig fettig entarteten Gewebe; nirgends Riesenzellen oder Koch'sche Bacillen; am Gehirn die Pia-mater stark verdickt, mit zahlreichen rundlichen Kernen durchsetzt, die Gefässe der Pia-mater und der anliegenden Gehirnwindungen mit stark verdickter fibröser Wandung, stark mit rothen Blutkörperchen angefüllt; die Gehirnzellen mit Pigmentkörnchen durchsetzt, die Nervenfasern normal, nur an der Peripherie etwas seltener als normal.

Es bestand hiernach chronische Meningitis, Perisplenitis und fibrös käsige Entartung der Nebennieren, und es liegt nahe, diese Veränderungen mit einander in Zusammenhang zu bringen und als gemeinsame Ursache Tuberkulose anzunehmen. Die Abwesenheit der Hautfärbung ist bei Nebennierenerkrankungen keine seltene Erscheinung. Eine Untersuchung des sympathischen Nervensystems wurde nicht vorgenommen; doch scheint die Annahme von Rindfleisch, dass die Veränderungen in den Semilunarganglien und dem Sonnengeflecht erst sekundär durch Ausbreitung des Krankheitprocesses von den erkrankten Nebennieren aus erfolgen, sich nicht zu bestätigen. H. Meissner (Leipzig).

322. **1) Addison's disease with phthisis pulmonalis and atypical pigmentation of the skin; 2) Melanoderma with symmetrical patches of leucoderma**; by C. O. Hawthorne, Glasgow. (Glasgow med. Journ. XLVI. 4. p. 266. Oct. 1896.)

1) Eine 50jähr., seit 10 Jahren an Tuberkulose leidende Frau bekam im Januar 1896 hartnäckiges Erbrechen, bemerkte bald darauf dunklere Hautfärbung, wurde rasch sehr apathisch und starb plötzlich in der Synkope. Die Haut war im Allgemeinen gelblich-braun bis broncefarbig, besonders dunkel am Unterleib, in der Lenden- und Glutäalgegend; Gesicht und Genitalien waren nicht verfärbt, die Schleimhäute ohne Flecken; die Rückseite beider Vorderarme dunkelbraun, am Handgelenke scharf gegen die normal gefärbte Handfläche abgegrenzt.

Die *Sektion* ergab in den Lungen grosse Cavernen und zahlreiche frische Infiltrationen; beide Nebennieren vergrössert, hart, knotig, käsig entartet, in eine fibröse Masse eingelagert, die besonders links auch das Ganglion semilun. und den Plexus solaris einschloss. An der Diagnose der Addison'schen Krankheit konnte kein Zweifel sein. Die Broncefärbung der Haut war ganz ungleichmässig und stellenweise gar nicht vorhanden. H. bringt dies mit der bei Addison'scher Krankheit nur selten in so hohem Grade beobachteten Lungentuberkulose in Verbindung, die den tödtlichen Ausgang beschleunigte, ehe noch die Pigmentirung zur vollen Entwickelung gelangen konnte.

2) Eine 43jähr. schwachsinnige Frau zeigte gleichfalls ausgebreitete Hautpigmentirungen (Melanoderma), verbunden mit symmetrischen pigmentlosen Flecken (Leukoderma), aber ohne charakteristische constitutionelle Erscheinungen, so dass eine Addison'sche Nebennierenerkrankung ausgeschlossen werden konnte. Ueber der Stirn zeigte sie einen breiten Pigmentstreifen. Der Hals, der obere Brust- und untere Bauchtheil, die Oberschenkel, Glutäen und Kniekehlen waren besonders dunkel gefärbt; von den Brustdrüsen an bis zum Nabel war der Leib normal gefärbt; die Brustwarzen und Achselhöhlen waren nicht ungewöhnlich dunkel, die Schleimhäute ohne Flecken. Auf der Brust zeigten sich einzelne pigmentlose Inselchen und hinter jedem Trochanter ganz symmetrisch ein grosser weisser Fleck von einem stark pigmentirten Rande umgeben.

Aus beiden Fällen ergiebt sich, dass man nicht immer auf Grund ungewöhnlicher, von der Regel

abweichender Hautpigmentirungen eine Addison'sche Krankheit ausschliessen kann, dass man sie aber auch nicht diagnosticiren darf, wenn die charakteristischen constitutionellen Erscheinungen fehlen. H. Meissner (Leipzig).

323. **Ueber Taenia nana**; von K. Miura und F. Yamasaki. (Mittheil. d. med. Fakultät d. kais. japan. Univers. zu Tokio III. 3. 1896.) Sond.-Abdr.

Taenia nana ist bis jetzt in Japan noch nicht beobachtet worden. M. u. Y. fanden sie zuerst bei einem 5jähr. Knaben, der im October 1893 im Armenhause zu Tokio wegen Recurrens behandelt wurde. Die Untersuchung des Kothes ergab neben Eiern von Oxyuris vermicularis und Trichocephalus dispar zahlreiche eigenthümliche Eier mit sechshakigen Embryonen, die der Taenia nana angehörten. Nach Darreichung von Granatwurzeldokokt, Extr. filic. maris (0.2 g) und Ricinusöl wurden zahlreiche (über 150) feine Tänien mit dem weichen Kothe entleert; doch wurde erst durch eine nach 3 Wochen wiederholte Kur vollständige Heilung erzielt. Die ausführlich beschriebenen Eier und Würmer stimmten in Grösse, Form und Bau vollständig mit der von Leuckart gegebenen Schilderung überein. Hinsichtlich der Ansteckung wird hervorgehoben, dass der Knabe die Gewohnheit hatte, an den Aermeln zu kauen und dass in dem Hause keine Hunde und Katzen, aber desto mehr Mäuse sich befanden. Die von Grassi, Lutz u. A. angenommene Uebereinstimmung der Taenia nana mit Taenia murina Duj. gewinnt hierdurch an Wahrscheinlichkeit.

Ein 2. Fall von Taenia nana wurde von M. u. Y. im März 1894 bei einem 5jähr. Mädchen beobachtet.

H. Meissner (Leipzig).

324. **Ueber das regelmässige Vorkommen von Anchylostomum duodenale ohne sekundäre Anämie bei Negern, nebst weiteren Beiträgen zur Fauna des Negerdarms**; von Dr. W. Zinn und Martin Jacoby. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 36. 1896.)

Bei 23 Negern aus der deutschen Colonialausstellung der Berliner Gewerbeausstellung, von denen 3 wegen Pneumonie in die 2. med. Klinik der Charité aufgenommen worden waren, wurden die Stühle auf Darmparasiten untersucht, obwohl kein klinischer Hinweis darauf vorlag. Die Neger waren, abgesehen von den drei Pneumonikern, sämmtlich gesund und nicht anämisch. Es waren 14 Tongoneger, 4 Duallaleute, 3 Neuguineaneger und 2 Massaineger; 21 stammten also von Westafrika, 2 von Ostafrika. Es fanden sich: bei 21 Anchylost. duoden., bei 8 Trichoceph. dispar, bei 8 Ascaris, bei 4 Anguill. stercor., bei 4 Tänien, bei 2 Amöben. Es fehlte also Anchyl. duoden. nur in 2 Fällen, bei einem Neger, der schon längere Zeit an starken Durchfällen gelitten hatte, und bei einem andern, der vorher 4 Jahre ununterbrochen in Deutschland gewesen war. Die Zahl der Eier war meistens eine nicht zu kleine, die Beschaffenheit des Blutes normal. Blut im Stuhle wurde nirgends beobachtet; Charcot'sche Krystalle fanden sich bei 16 Untersuchungen 8mal, darunter 2mal ohne Parasiteneier.

Die Ergebnisse der Untersuchungen sind hiernach folgende: 1) Der Negerdarm beherbergt zahlreiche thierische Parasiten. 2) Anchyl. duoden. scheint namentlich bei den Negern Afrikas ziemlich regelmässig vorzukommen. 3) Charcot'sche Krystalle werden zweifellos auch ohne Parasiten gefunden, womit ihre diagnostische Bedeutung nicht bezweifelt werden soll. 4) Die Neger scheinen der Gefahr der sekundären Anämie weniger ausgesetzt zu sein. Der Grund ist wohl nicht lediglich in der geringeren Zahl der Parasiten, sondern in der Gewöhnung an das von den Würmern erzeugte Gift und in der Rasseneigenthümlichkeit zu suchen. 5) Bei der grossen Verbreitung des Anchyl. duoden. wird die Tropenhygieine die Gefahr für die Europäer nicht unterschätzen dürfen und wird diese durch prophylaktische Maassregeln schützen müssen.

H. Meissner (Leipzig).

325. **Ankylostomiasis des Pferdes**; von Dr. v. Ráthonyi. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 41. 1896.)

In dem Kohlenbergwerke Brennberg bei Oedenburg wurden bei den Grubenarbeitern schon seit 28 Jahren schwere Anämien (Anaemia oder Cachexia montana) beobachtet, die man früher auf die schlechte, mit Kohlenoxydgasen geschwängerte Luft und die grosse Hitze an den Arbeitplätzen (35—40°) bezog, bis 1890 Prof. Kaehler in Wien das Ankylostomum duodenale als Ursache nachwies. v. R., der 1892 nach Brennberg kam, fand Ankylostomiasis bei etwa 80% der Belegschaft von 500 Mann, aber nur bei eigentlichen, unter der Erde arbeitenden Grubenarbeitern, nicht bei deren Frauen und Kindern und nicht bei den über Tage Arbeitenden, noch bei den Beamten; es musste daher die Ursache der Ansteckung in der Grube selbst, wo die Lebensbedingungen für die Entwickelung der Larven, andauernde Feuchtigkeit und Wärme, vorhanden sind, gesucht werden. Niemals wurden Ankylostomaeier, weder im Wasser oder Schlamm, noch in der Luft der Grube gefunden; auch ist eine direkte Uebertragung von Menschen auf Menschen, durch mit Fäces beschmutzte Kleider, durch Benutzung gemeinschaftlicher Waschgeschirre u. s. w. nach v. R. noch niemals nachgewiesen worden. Dagegen fand v. R., auf die Grubenpferde aufmerksam gemacht, in dem aus der Grube genommenen Pferdekothe regelmässig Ankylostomaeier und es gelang ihm, aus diesen Eiern Larven, später encystirte Larven zu entwickeln und selbst einen Embryo im frischen Präparate nachzuweisen. Weitere Beobachtungen ergaben, dass sämmtliche Grubenpferde von Ankylostomiasis befallen sind, ohne krank zu sein, dass Pferde, die ankylostomenfrei in die Grube gebracht werden, nach 5—6 Wochen Eier von Ankylostomen im Kothe zeigen, dass ferner die Arbeiter, die in der von Pferden befahrenen Strecke arbeiten, am heftigsten erkranken, dass endlich in den Jahren

1883—89, wo kein Pferdebetrieb stattfand, sowie in anderen Kohlengruben ohne Pferdebetrieb keine Berganämie beobachtet wurde. Weitere Untersuchungen müssen beweisen, ob die auf diese Thatsachen gestützte Vermuthung, dass in dem Pferde der vielgesuchte Zwischenwirth des Parasiten gefunden ist, sich bestätigt.

H. Meissner (Leipzig).

326. **Ueber „Kehlkopfschwindel" (Ictus laryngis).** *Plötzlicher Tod in einem Anfalle;* von Otto Schadewaldt in Berlin. (Arch. f. Laryngol. V. p. 246. 1896.)

Kehlkopfschwindel (Anfälle von kurzdauernder Bewusstlosigkeit im Anschlusse an einige wenige Hustenstösse) ist bisher in etwa 50 Fällen beobachtet worden, von denen jedoch nur 1 Fall aus Deutschland, und zwar aus der Poliklinik von B. Fränkel stammt. Garel und Collet haben nachgewiesen, dass das Symptom nicht so selten ist, als es scheint, da es nur ausnahmeweise direkt vom Arzt beobachtet, meist aber erst auf ausdrückliches Befragen vom Kranken angegeben wird. Der Larynxschwindel wurde, da er in allen Fällen nach wenigen Augenblicken völligem Wohlbefinden wich, bisher als ein harmloses Symptom angesehen. Sch. theilt einen Fall mit, in dem er selbst Gelegenheit hatte, einen Anfall zu beobachten und in dem später in einem solchen Anfalle der Tod eintrat. Ausserdem giebt Sch noch die kurzen Krankengeschichten von 6 Fällen von Ictus laryngis eigener Beobachtung. 6 von diesen 7 Fällen betrafen Potatoren. Mit Charcot und Garel-Collet glaubt Sch., dass ein Reiz des Laryngeus superior centripetal auf das Exspirationcentrum wirkt und die Hustenstösse erzeugt; zugleich reizt er das Hemmungcentrum des Herzens und bewirkt Herzstillstand und hierdurch cerebrale Anämie und Bewusstlosigkeit. In dem Falle mit plötzlichem Tode im Anfalle ist dieser Zustand in dauernde Herzlähmung übergegangen. Zum Zustandekommen des Anfalls sind ein Kohlkopfreiz und eine krankhafte Disposition erforderlich, die wahrscheinlich in Veränderungen des Nerven- und Gefässsystems zu suchen ist. Es scheint, dass der chronische Alkoholismus für das Entstehen der Disposition von Wichtigkeit ist. Rudolf Heymann (Leipzig).

327. **Ueber einen Fall von nahezu apfelgrossem, weichem Fibrom des Kehlkopfes;** von Prof. O. Chiari. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 35. 1896.)

Ein 61jähr. Mann hatte seit 4 Jahren langsam zunehmende Heiserkeit und Athemnoth. Stimme dumpf. Athmung bei vornübergebeugtem Kopfe leichter als bei aufrechter Haltung. Bei tiefer Athmung schlürfendes Geräusch. Laryngoskopisch bei ruhiger Athmung rechte Kehlkopfseite fast ganz von einem blassrothen, platten, oberflächlich von Gefässen durchzogenen Tumor verdeckt, der durch die Glottis in die Trachea hinabreichte und mit breitem, flachem Stiel an der rechten aryepiglottischen Falte und dem vordersten Theile des Taschenbandes angeheftet erschien. Bei starker Exspiration und bei der Phonation wurde der Tumor ganz aus dem Kehlkopfe herausgeschleudert und legte sich dann quer über den Kehlkopfeingang. Der Tumor erschien ganz weich und schlaff mit rundlichen, wechselnden Contouren. Wegen der breiten Anheftung und der Menge und Grösse der Gefässe an der Oberfläche wurde er nicht endolaryngeal entfernt, sondern es wurde nach vorausgegangener Tracheotomie der Schildknorpel gespaltet und dann der Tumor mit der Glühschlinge abgetragen. Der Tumor war 5 cm lang, 4 cm breit, 1 cm dick, die Ansatzstelle 2.5 cm lang und 0.5 cm breit. Mikroskopisch erwies er sich als ein von mehrfach geschichtetem Plattenepithel überzogenes ödematöses Fibrom mit mehreren Cysten, von denen noch nicht festgestellt ist, ob sie durch Retention aus Drüsen entstanden oder nur durch Dilatation der Bindegewebemaschen entstanden sind.

Rudolf Heymann (Leipzig).

328. **Beitrag zur Lehre von den toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskulatur;** von Dr. P. Heymann. (Arch. f. Laryngol. V. p. 256. 1896.)

Zweifellose Fälle von toxischen Lähmungen der Kehlkopfmuskeln sind bisher nur sehr spärlich mitgetheilt worden. H. berichtet über 3 Fälle von Bleilähmung und eine wahrscheinlich durch Arsenik verursachte Lähmung.

1) 22jähr. Maler, der viel mit Bleiweiss zu thun hatte. Vor 5 Jahren Lähmung beider Hände und Vorderarme, seit 4 Jahren wiederholt Anfälle von Bleikolik. Absolute Aphonie. Aschfahles Aussehen, schlaffe Bewegungen. Deutlicher Bleisaum. Zungenbewegungen träge. Linkes Stimmband in Cadaverstellung unbeweglich, rechtes Stimmband träge, besonders die Abduktion beschränkt.

Unter Gebrauch von Jodeisen, Elektricität, Tinct. Strychni Rückgang der Erscheinungen in 3 Monaten. 5 Monate nach Wiederaufnahme der Arbeit auf's Neue Kolik, Athemnoth, Heiserkeit. Jetzt beide Stimmbänder der Mittellinie genähert, Abduktion beiderseits, besonders links, beschränkt.

2) Ein 47jähr. Anstreicher, der selbst Bleiweissfarbe mischte, hatte schon wiederholt Kolik und Lähmungen gehabt. Jetzt fast aphonisch. Deutlicher Bleisaum. Rechter M. cricoarytaen. lateral. und in geringerem Grade der M. transversus gelähmt. Heilung in 10 Wochen unter Aussetzen der Arbeit. Jodeisen, Elektricität.

3) 19jähr. Mädchen, das Blumenblätter mit Bleihämmern ausschlug. Vor Kurzem Kolikanfall mit Verstopfung. Rechte Hand schwach. Bleisaum. Heiserkeit, Athemnoth. Beide Stimmbänder schlaff (Parese des Cricothyreoideus?). Beiderseitige Posticusparese. Heilung in 8 Wochen.

4) 53jähr. Arbeiter in einer Broncewaarenfabrik, der dort bei der Zurichtung der Gold- und Silberbäder erhebliche Mengen Cyankali zu verarbeiten hatte und sich die „Schwarzbrenne" durch Auflösen von Arsenik in Salzsäure herstellte. Pat. hatte schon wiederholt die Arbeit wegen Heiserkeit 3—4 Wochen aussetzen müssen. In Behandlung kam er zuerst vor 4 Jahren wegen Aphonie und Schluckbeschwerden. Erdfahles Aussehen, schleichender Gang, Verstopfung, Uebelkeit. Im Kehlkopfe Entzündung und Schwellung der ganzen Kehlkopfschleimhaut, linksseitige vollständige Recurrenslähmung, rechts träge Bewegungen des Stimmbandes. Pat. selbst nahm an, dass das Cyankali Schuld an seiner Erkrankung sei, während H. das Arsen als Ursache betrachtet. In etwa 14 Wochen völlige Heilung. 3/4 Jahre später 1. Recidiv mit gleichem Befund, nur ging jetzt das rechte Stimmband nicht mehr ganz bis zur Mittellinie. Wieder Heilung in 14 Wochen. Seitdem noch 2 Recidive. Nach Beseitigung des letzten Wechsel der Arbeit.

Rudolf Heymann (Leipzig).

329. Posticuslähmung bei Gonorrhöe; von Dr. Lazarus in Berlin. (Arch. f. Laryngol. V. p. 232. 1896.)

Ein 32jähr., sonst gesunder, kräftiger Hausdiener erkrankte Anfang Mai 1896 an Gonorrhöe. Circa 10 Tage später Schmerzen im rechten Handgelenk, dann im linken Ellenbogen, dann in beiden Knieen und schliesslich im rechten Fussgelenke. Deshalb Aufnahme in ein Krankenhaus. Hier traten am 21. Juni, nach Beseitigung der Gelenkschmerzen und des Trippers, Schmerz im Halse beim Schlucken, Hustenreiz und Athemnoth ein. Die Athemnoth steigerte sich weiterhin sehr. Am 26. Juni kam der Kr. mit starker Athemnoth, pfeifender Inspiration, starker Cyanose, sehr frequentem Puls und beständigem kurzen bellenden Husten in die Abtheilung von L. Im Kehlkopfe zeigten sich die Taschenbänder beide geschwollen, an und zwischen den Aryknorpeln keine Veränderungen, die Stimmbänder straff und absolut unbeweglich, das links in der Mittellinie, das rechte nur wenig davon entfernt. Druck auf die Kehlkopfknorpel war nicht schmerzhaft. Keine Zeichen einer sonstigen Erkrankung. Am 28. Juni Abends sehr starke Dyspnöe. Während der Vorbereitung zur Tracheotomie völlige Asphyxie. Deshalb Tracheotomia super. in 2 Schnitten ohne Desinfektion und ohne Narkose. Nach $^1/_2$stündiger künstlicher Athmung Wiederkehr der Athmung und des Pulses. Am 30. Juni zeigte das rechte Stimmband zuerst wieder kleine Bewegungen. Allmählich stellte sich die Beweglichkeit der Stimmbänder wieder ein, so dass am 12. Juli das Decanülement möglich war. Aber noch lange blieb die Beweglichkeit des linken Stimmbandes geringer als die des rechten. In der Zwischenzeit stellten sich noch vorübergehend Schwellung und Empfindlichkeit an der Basis des rechten Zeigefingers und des linken Malleolus extern. ein. Erst im October war die Beweglichkeit der Stimmbänder wieder ganz normal.

L. nimmt als Ursache der Posticuslähmung in diesem Falle eine gonorrhoische Neuritis des Laryngeus infer. an. Andere Erkrankungen, die erfahrungsmässig zur Posticuslähmung führen, waren nicht nachzuweisen. Gonorrhoische Metastasen in den Cricoarytänoidealgelenken, an die man auch denken könnte, waren ebenso wie Perichondritis bei dem Fehlen von Schluckschmerzen und Druckempfindlichkeit, wie bei dem Fehlen von entzündlichen Veränderungen in der Gegend der Aryknorpel auszuschliessen. Rudolf Heymann (Leipzig).

330. Ueber Syphilis.

1) *Syphilis insontium*; von Dr. J. Lenz. (Wien. klin. Rundschau X. 39—44. 1896.)

2) *Pronostic de la syphilis issue de chancres extragénitaux*; par Fournier. (Semaine méd. XV. 60. 1895.)

3) *Hydrocephalus und angeborene Syphilis*; von Dr. Hans Elsner. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLIII. 4. p. 457. 1896.)

4) *La néphrite dans la syphilis héréditaire*; par le Dr. H. Audeond. (Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 8. p. 381. 1896.)

5) *Syphilitic joint disease in children*; by H. Betham Robinson. (Brit. med. Journ. May 16. 1896.)

6) *De l'érythème noueux d'origine syphilitique*; par de Beurmann et Claude. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 4. p. 485. 1896.)

7) *Ein Beitrag zur Kenntniss der circumscripten Muskelgummata, im Anschluss an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur*; von Dr. Max Eger. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 35. 1896.)

8) *Beiträge zur Lehre von der Dactylitis syphilitica*; von Dr. Julius Heller. Mit 1 Abbildung. (Dermatol. Ztschr. III. 5—6. p. 537. 1896.)

9) *Deux cas d'anévrysmes syphilitiques*; par Georges Brouardel. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 5. p. 749. 1896.)

10) *Note sur la prolongation excessive de la période secondaire, et par conséquent de la contagiosité de la syphilis, dans ses formes bénignes*; par Barthélemy. (Ann. de Dermatol. et de Syph. VII. 4. p. 564. 1896.)

11) *Zur Wirkung des Jodkali in der Frühperiode der Syphilis*; von Dr. Theodor Baer. (Therap. Monatsh. X. 10. 1896.)

1) Lenz stellt sich die Aufgabe, die *Syphilis der Unschuldigen*, und zwar die *Syphilis extragenitalis* oder *sine coitu*, die im unschuldigen Verkehre erworben ist, ihre Häufigkeit, die Arten ihrer Entstehung, die Gefährlichkeit ihrer Verbreitung, ihren Zusammenhang mit den Lebensverrichtungen zu schildern und die Mittel zu ihrer Bekämpfung anzugeben. In der Eintheilung des Stoffes sich an L. D. Bulkley's Monographie anlehnend fügt L. dem grossen Materiale dieses Autors einige Fälle von extragenitaler Syphilis aus der Klinik des Prof. Janovsky hinzu, sowie einige statistische Zahlen aus den Prager Anstalten.

10 Fälle von extragenitaler Infektion sah L. im Verlaufe eines Jahres in Prag, und zwar 3 Sklerosen der Unterlippe, eine der Oberlippe, je eine am Mundwinkel, an der Brustwarze, an der Bauchhaut, an der Tonsille, an der Wange und am Daumen. In den letzten 17 Jahren kamen in den Prager Kliniken im Ganzen 47 Fälle zur Beobachtung. Unter 4750 Kranken des dermatologischen Ambulatorium im Jahre 1895 befanden sich 425 Fälle von Syphilis, darunter 74 von Syphilis insontium = 17.7%; im Jahre 1894 betrug der Procentsatz 13.9%.

Das stetige Umsichgreifen des Syphilisgiftes, nachdem es, im ersten Falle meist durch Coitus erworben, in eine Gemeinde eingedrungen ist, erklärt sich einmal durch den chronischen Verlauf der Syphilis, ferner durch die Unkenntniss der Erkrankten bezüglich der Natur ihres Leidens und die zahlreichen Gelegenheiten der Uebertragung, die das alltägliche Familienleben mit sich bringt. Eine grosse Verbreitung hat die Syphilis bei der Landbevölkerung in Schweden und Russland gefunden, woselbst oft ein gemeinsames Essgeschirr benutzt wird. Die Geschichte lehrt, dass die Syphilis mehrmals in verschiedenen Jahrhunderten epidemisch in Städten und ganzen Ländern auftrat. Bulkley hat 110 bekannte Epidemien chronologisch zusammengestellt. Hauptsächlich fand die Uebertragung durch Impfung, Aderlass, Entbindung, Stillen statt, eine im Jahre 1891 von Blanchet beschriebene Epidemie war durch das Katheterisiren der Tuba Eustachii verursacht. In einigen Gegenden war der Entwickelungsgang der Syphilis ein langsamer, dafür fasste sie aber festen Fuss und trat immer wieder hervor, besondere Formen annehmend, in Folge der Rasse, des Generationwechsels, der Nahrung und anderer Verhältnisse. Solche Endemien wurden mit den verschiedensten Namen bezeichnet, gewöhnlich nach dem Orte, und

häufig erst in unserem Jahrhundert in ihrer wahren Natur erkannt (Skerljevo, Radesyge, Morbus Dithmarensie u. s. w.). Noch jetzt entstehen neue Endemien im südlichen Russland und in Finland, meist auch auf unschuldige Weise. Die sporadische Syphilis der Unschuldigen lässt sich in 3 Gruppen eintheilen, in 1) Syphilis oeconomica, verursacht durch häuslichen, gesellschaftlichen und industriellen Verkehr, 2) Syphilis brephotrophica, bei der Ernährung und Erziehung der Kinder gegenseitig erworben, 3) Syphilis technica, erworben bei technischen Verrichtungen im Berufe. L. führt zahlreiche Beispiele an für diese auf verschiedenem Wege erworbene Syphilis.

Wie kann nun der Verbreitung der Syphilis wirksam entgegengetreten werden? Die Syphilis muss vom Standpunkte des Gemeinwohls aus betrachtet werden. Die auf extragenitalem Wege erworbene ist nicht die einzige Form der Syphilis insontium, in grosser Menge trifft die Syphilis Unschuldige in der Ehe und unter den Kindern durch die Vererbung. Die grösste Gefahr für seine Umgebung bietet der unbewusst und unschuldig zu seiner Syphilis Gekommene. Im Jahre 1892 wurden in Oesterreich in öffentlichen Anstalten 27892 Kranke an Syphilis behandelt, die nächst höhere Ziffer wies die Tuberkulose mit 17879 Kranken auf. Der Schaden, den die Syphilis demnach an nationalem Vermögen, an Arbeitkräften und an körperlicher Entwickelung der Generation zufügt, ist ungeheuer. Die Prophylaxis der Syphilis der Unschuldigen umfasst, wie die der Syphilis überhaupt, 1) die Beschützung des Einzelnen und 2) die gesetzlichen Maassregeln gegen die Verbreitung der Syphilis. Die Kenntniss von der Syphilis muss verallgemeinert werden; die Lues darf nicht als eine an und für sich entehrende Krankheit angesehen werden. Die Ausbildung der Aerzte muss mit besonderer Berücksichtigung des Studium der Syphilis stattfinden; die ambulatorische Behandlung muss möglichst beschränkt werden. Die Syphilis soll ferner unter der stetigen Aufsicht der öffentlichen Sanitätorgane stehen, und derjenige, der bewusst die Infektion weiter überträgt, soll strafrechtlich verfolgt werden.

2) Nach Fournier sind die *extragenitalen Schanker* wesentlich häufiger, als im Allgemeinen angenommen wird (6—7%), da ein Theil vom Kranken selbst nicht bemerkt oder vom Arzte nicht erkannt wird. Es wird nun häufig angenommen, dass die auf extragenitalem Wege erworbene Syphilis einen besonders schweren Verlauf nehme. Dies ist aber keineswegs der Fall. Von 1200 Fällen von tertiärer Syphilis ergab sich, dass in 1125 Fällen die Infektion genital, in 75 extragenital erfolgt war; dies entspricht 93.75% und 6.25%, es treten demnach tertiäre Erscheinungen nach extragenitalem Schanker nicht häufiger auf, als nach genitalem. Auch der frühzeitige „Tertiarismus", der einen schweren Verlauf der Syphilis anzeigt, weist dasselbe Verhalten auf; unter 242 Fällen zeigte er sich in 7.8% nach extragenitaler Infektion. Endlich waren unter 707 Fällen von Gehirnsyphilis nur 5% auf extragenitale Infektion zurückzuführen. F. hat sogar eine grosse Anzahl von Syphilisfällen beobachtet, die, mit extragenitalem Schanker beginnend, einen besonders gutartigen Verlauf nahmen. Immerhin bestehen Unterschiede zwischen dem auf extragenitalem Wege erworbenen Schanker und dem auf genitalem Wege erworbenen; so zeigt z. B. der Schanker der Tonsille häufig einen stürmischen Verlauf mit Fieber und bedeutender Störung des Allgemeinbefindens; dies ist auf sekundäre Infektionen zurückzuführen, die auf dem Schanker der Tonsille einen günstigen Boden finden. Die Schanker der Mamma nehmen ebenfalls häufig einen schwereren Verlauf, da sie Personen befallen, die durch das Puerperium und das Stillen geschwächt sind. Der Schanker der Finger, bei Aerzten häufig auftretend, verläuft auch öfters ungünstig, da der Arzt, wenn er krank wird, meistens weniger widerstandsfähig ist als andere Personen. Endlich nehmen die auf dem Wege der Vaccination erworbenen Schanker häufig einen üblen Verlauf, da sie schwache Kinder befallen und oft lange unerkannt bleiben. In allen diesen Fällen sind es also anderweite Umstände, die den Schanker, ganz abgesehen von seinem Sitze, zu einem schweren Leiden machen.

3) Elsner untersuchte auf statistischem Wege den *Zusammenhang zwischen Hydrocephalus und hereditärer Syphilis*, indem er 10 sichere Fälle von Hydrocephalus aus der Poliklinik des Privatdoc. Dr. H. Neumann in Berlin aus den Jahren 1890—1896 und noch 3 eigene Beobachtungen zusammenstellte, deren Krankengeschichten sämmtlich mitgetheilt werden. Eine Schwierigkeit besteht in der Feststellung der Häufigkeit der Syphilis bei Kindern des ersten Lebensjahres überhaupt, da viele Kinder wegen irgend eines Leidens in Behandlung kommen, ohne gerade manifeste Erscheinungen ihrer hereditären Syphilis darzubieten. In den 13 Fällen von Hydrocephalus fand sich manifeste Syphilis 3mal = 16.6%; bei allen Kindern überhaupt bei 0.6—1.4%; auch kamen unter den hydrocephalischen Kindern ohne nachweisbare Syphilis Milz- und Lebertumoren bei Weitem häufiger vor (bei 13½%), als bei den überhaupt behandelten Kindern (bei 4.6%). Auch für die noch übrig bleibenden hydrocephalischen Kinder war Syphilis nicht völlig auszuschliessen, da die Häufigkeit der vorzeitigen Geburten bei den Müttern der hydrocephalischen Kinder sehr hoch war. Es ergab sich demnach Folgendes: manifeste Syphilis ist bei Hydrocephalus häufiger, als bei Kindern des ersten Lebensjahres überhaupt; das häufige Vorkommen von Milz- und Leberanschwellungen bei Hydrocephalus deutet ebenfalls auf ein häufigeres Vorkommen von Syphilis hin, wenn auch in einem

latenten Stadium; für eine grössere Häufigkeit von Syphilis bei den Müttern hydrocephalischer Kinder spricht schliesslich die grössere Häufigkeit der vorzeitigen Entbindungen. Es kann demnach hereditäre Syphilis Hydrocephalus veranlassen, sei es nun, dass interstitielle Entzündungen die Plexus ergreifen oder specifische Erkrankungen der Gefässe zum Hydrocephalus führen, wobei als Gelegenheitsursachen Trunksucht der Eltern, psychische Affekte der Mutter während der Schwangerschaft, Kopfverletzungen bei der Geburt oder in den ersten Lebensmonaten durch Fall oder Stoss mitwirken mögen. Schliesslich könnten auch diejenigen Formen von Hydrocephalus, die mit Entwickelungshemmungen des Gehirns verbunden sind, ohne selbst syphilitisch zu sein, ihre Veranlassung in dem dystrophirenden Einfluss der Syphilis haben, parasyphilitisch sein. Bei dem Hydrocephalus syphilitischer Natur ist auch mit der antisyphilitischen Behandlung ein Erfolg zu erzielen; so liegen einige Fälle vor, in denen auf diesem Wege Heilung erzielt wurde (Sandoz, Heller, Henoch). In den Fällen, in denen die Syphilis schon in einer sehr frühen Zeit des intrauterinen Lebens ihre Wirkung entfaltete und die normale Entwickelung des Gehirns hemmte, ist natürlich jede Behandlung machtlos, ebenso ist dies der Fall bei dem parasyphilitischen Hydrocephalus. Das Versagen der specifischen Behandlung kann demnach nicht als Beweis dafür gelten, dass der Hydrocephalus mit der Syphilis nicht in Zusammenhang stehe. Bei Lebzeiten des Kindes lässt es sich fast nie entscheiden, in wie weit der Hydrocephalus mit der Syphilis zusammenhängt; gerade deshalb muss aber möglichst frühzeitig eine merkurielle Behandlung eingeleitet werden, da es kein anderes Verfahren giebt, von dem Erfolge zu erwarten wären.

4) Audeoud theilt neben 6 Fällen von *hereditär-syphilitischer Nephritis* aus der Literatur eine eigene Beobachtung mit, die ein 3 Monate altes Kind betrifft.

Von einem gesunden Vater, aber von einer syphilitischen Mutter abstammend, bot das Kind ausser einer leichten Coryza und einer Psoriasis plantaris keine Zeichen von hereditärer Syphilis dar, insbesondere war es zur rechten Zeit geboren. Im Gefolge einer Verdauungsstörung traten die Erscheinungen einer akuten Nephritis auf, Oedeme der Beine, alsdann des ganzen Körpers, spärlicher Urin mit Eiweiss und Cylindern. Die Einreibungskur mit grauer Salbe, die den Zustand besserte, musste bald wegen zu starker Hautentzündung wieder ausgesetzt werden, 2 Tage später neue Verschlimmerung mit Auftreten von Convulsionen. Eine zweite specifische Behandlung bewirkte wiederum eine Besserung, doch wurde das elende Kind durch eine Pneumonie schnell dahingerafft.

Die Nierenerkrankungen in Folge von hereditärer Syphilis unterscheiden sich in ihrem klinischen Bilde nicht von den auf anderer Ursache beruhenden; nur durch gleichzeitig bestehende weitere Zeichen von Syphilis ist die Natur des Leidens festzustellen. Die Erkrankung kann von Geburt an bestehen und es ist dies vielleicht öfter der Fall, als man denkt. Es finden sich anatomisch Gummata der Niere vor, akute parenchymatöse Nephritis, interstitielle Nephritis oder Amyloid der Niere. Klinisch bestehen die Erscheinungen der Nephritis. In 7 Fällen trat nur 2mal Heilung ein. Es ist von der grössten Wichtigkeit, die Aetiologie der Nierenentzündung so früh als möglich zu erkennen, da eine specifische Behandlung dauernde Heilung herbeiführen kann. Wermann (Dresden).

5) Nach Robinson sind *syphilitische Gelenkerkrankungen bei Kindern* viel häufiger als man annimmt. Sie kommen vor bei erblicher und bei erworbener Syphilis. R. unterscheidet: 1) Epiphysitis junger Kinder. 2) Symmetrische Ergüsse in Gelenke, gewöhnlich bei Kindern zwischen dem 8. und 15. Jahre. (Diese beiden Formen kommen meist bei ererbter Syphilis vor.) 3) Ostitis mit einfachem Erguss in das Gelenk oder mit gummöser Infiltration der Synovialis ohne Erguss. 4) Primäre gummöse Synovitis. (Die beiden letzteren Formen können bei ererbter und bei erworbener Syphilis vorkommen.) „Peribursale" Gummata werden bei Kindern kaum beobachtet. Für die von ihm aufgestellten Typen bringt R. eine Anzahl selbstbeobachteter interessanter Beispiele vor. Brückner (Dresden).

6) Beurmann und Claude theilen 6 Fälle mit von *Erythema nodosum bei Syphilis*, die sie während eines Jahres (1896) im Hospital Broca beobachteten; eine gleiche Anzahl haben sie noch in den Jahren 1894 und 1895 gesehen. Die Erkrankung stellte sich in allen Abstufungen dar, vom einfachen Erythema nodosum ausgehend bis zum ausgesprochen ulcerirenden Gummi. Nur in 2 Fällen hatte früher Rheumatismus bestanden; die Erkrankung trat immer im 1. Jahre der Syphilis auf, in einem Falle war der Primäraffekt noch vorhanden. Das Krankheitbild glich vollständig dem bekannten des Erythema nodosum. Es kann nach Ansicht der Vff. in Folge einer zur Syphilis hinzutretenden Infektion sich einstellen, aber meistens ist es durch die Syphilis selbst bedingt. Zwischen dem syphilitischen Erythema nodosum und den Gummigeschwülsten der Haut und des subcutanen Zellgewebes giebt es Uebergangsformen, die beweisen, dass diese Processe sich nur hinsichtlich der Intensität des anatom.-patholog. Befundes unterscheiden.

7) Eger berichtet über folgenden Fall aus der B. Baginsky'schen Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten zu Berlin.

Eine 35jähr. Näherin, vor 16 Jahren syphilitisch inficirt und damals mit einer Schmierkur behandelt, bemerkte vor 6 Wochen zu beiden Seiten des Kehlkopfes 2 symmetrisch gelegene taubeneigrosse Geschwülste, die sich ganz unbemerkt schmerzlos entwickelt hatten und die Bewegungen des Kopfes in keiner Weise behinderten. Die Untersuchung ergab keine sonstigen Zeichen syphilitischer Erkrankung. Die Geschwülste waren hart, mit den Mm. sternocleidomastoidei leicht verschieblich; bei der Contraktion der Muskeln wurde die Beweglichkeit geringer und die Geschwülste liessen sich schwieriger

abgrenzen. Die elektrische Untersuchung der Muskeln ergab normales Verhalten. Vor der rechten Hälfte der Schildknorpelplatte ohne Zusammenhang mit ihr und in der linken Fossa supraclavicularis fand sich je ein etwa kirschkerngrosser, umschriebener harter Tumor von leichter Beweglichkeit. Die Diagnose wurde auf 2 Gummata des Unterhautzellgewebes und 2 symmetrisch gelegene Gummata in den MM. sternocleidomastoidei gestellt. Nach einer 4wöchigen Behandlung mit Jodkalium waren die kleinen Tumoren völlig geschwunden, in den Muskeln fand sich nur noch eine geringe Härte vor.

E. stellt noch 6 ähnliche Fälle aus der Literatur zusammen und erörtert das symmetrische Vorkommen dieser Geschwülste, ihre Schmerzhaftigkeit und die durch sie veranlassten Funktionstörungen.

8) Heller schildert eingehend das Krankheitbild der *Dactylitis syphilitica* auf Grund von 42 bisher in der Literatur mitgetheilten Fällen und zwei eigenen Beobachtungen.

1) 49jähr. Fräulein. Der Vater starb 61 Jahre alt an Gehirnerweichung, die Mutter litt viel an Kopfkolik, hatte 9 Kinder und abortirte wiederholt. Zeit und Art der Infektion der Kranken liessen sich nicht feststellen. Im 23. Jahre litt sie an einem „Leber-" oder „Unterleibsleiden", seit dem 40. Jahre begann das Gehör schlechter zu werden; im 44. Lebensjahre traten, nachdem die Kr. schon wiederholt an Kopfschmerzen gelitten hatte, Krämpfe auf, die sich alle Vierteljahre wiederholten und später noch häufiger wurden; das Bewusstsein war dabei geschwunden und zuweilen trat Schaum vor den Mund. Im Jahre 1893 entwickelte sich eine Geschwulst am linken Fuss unter der grossen Zehe, die, nachdem sie Pflaumengrösse erreicht hatte, aufbrach und gelbe, dünne Flüssigkeit entleerte. Die Wunde schloss sich wieder und brach gelegentlich wieder auf; ein kleineres, ähnliches Geschwür entstand auf dem Fussrücken. Im Herbst 1894 entstand auf dem rechten Vorderarme langsam und verhältnissmässig schmerzlos eine Geschwulst, im Durchmesser 9:6 cm gross, die bald eine gewisse Fluktuation zeigte. Die erste Phalanx des Zeigefingers war spindelähnlich verdickt und der Finger dadurch länger geworden; die erste Phalanx des Mittelfingers war gleichmässig verdickt; die Haut darüber nur wenig verdickt; weder auf Druck, noch spontan waren wesentliche Schmerzen vorhanden. An beiden Tibien deutliche periostitische Veränderungen, totale glatte Atrophie der Zunge. Unter antisyphilitischer Behandlung allmähliche Besserung, bis schliesslich unter Zunahme der Krämpfe, Sprach- und Schluckbeschwerden im Februar 1896 der Tod erfolgte.

2) 2½jähr. Mädchen. Eltern beide syphilitisch. Im Alter von 6 Monaten Coryza und Exanthem, Calomelkur. Im Januar 1896 soll sich das Kind an einer Schrankthür das Nagelglied des 4. rechten Fingers geklemmt haben. Es entstand eine langsam sich entwickelnde Entzündung und Eiterung. Das Nagelglied war geschwollen, blauroth, der Nagel von Eiter umgeben. Nach Entfernung des Nagels und unter Behandlung mit essigsaurer Thonerde keine Besserung. Geringe Schmerzhaftigkeit, keine Störung des Allgemeinbefindens. Umwickelung des Fingers mit Quecksilbercarbolpflastermull hatte überraschenden Erfolg und brachte in 3 Wochen die Erkrankung zur völligen Heilung. Es konnte sich demnach nicht um eine osteomyelitische Fingerentzündung gehandelt haben, sondern nur um eine Erkrankung der Weichtheile; keinesfalls lag aber eine syphilitische Onychie oder Paronychie vor. Diese führt nie zu diffuser Schwellung der Phalanx; auch eine vulgäre Onychie war wegen der geringen Schmerzhaftigkeit und der Erfolglosigkeit der chirurgischen Behandlung auszuschliessen.

9) Die beiden Fälle von Bronardel schliessen sich anderen von *syphilitischen Aneurysmen* gut an.

1) 57jähr. Mann, Absynthtrinker, 1868 syphilitisch inficirt. Keine specifische Behandlung bis zum Jahre 1880, zu welcher Zeit er eine Eruption auf dem behaarten Kopfe und Plaques in der Mundhöhle hatte. Im April 1895 schwoll das rechte Bein an und es bildete sich an der Durchtrittstelle der Arteria femoralis am Oberschenkel eine Geschwulst, die als Aneurysma sich herausstellte und operativ entfernt wurde. Im Jahre 1896 suchte Pat. das Krankenhaus wieder auf wegen ausgedehnter Geschwüre am rechten Beine. Unter innerlicher Jod- und äusserlicher Jodoformbehandlung rasche Besserung.

2) 49jähr. Ciseleur, 1875 syphilitisch inficirt, machte damals eine specifische Behandlung durch. Im Jahre 1884 traten eine Lähmung des rechten Armes und Aphasie auf, welche Erscheinungen nach Jodkalium und Quecksilbereinreibungen wieder verschwanden. Im Jahre 1894 empfand der Kranke Schmerzen im Nacken und in der linken Schulter, dann im Arm und in der Brust; bisweilen hatte er das Gefühl von Schwere in der Brust und leichter Dyspnöe. Links vom Sternum bildete sich eine Geschwulst von Nussgrösse. Die Untersuchung ergab ein Aneurysma des Arcus aortae. Behandlung mit Calomelinjektionen und Jodkalium. Danach hatte die Geschwulst die Grösse einer Mandarine und sprang hervor an der linken oberen Partie des Sternum; der Knochen war an dieser Stelle verschwunden. Der linke Radialpuls war völlig unterdrückt und unfühlbar. Mässige Schlingbeschwerden.

10) Barthélemy liess aus seiner Station St. Lazare die Kranken zusammenstellen, deren Syphilis bei der Aufnahme in das Krankenhaus 4 Jahre alt und älter war und die noch sekundäre, daher ansteckende Affektionen darboten. Unter 531 Kranken war dies 20mal der Fall. Der allgemeine Gesundheitzustand dieser Kr. liess nichts zu wünschen übrig, sie waren auch weder herabgekommen, noch Alkoholiker, noch starke Raucher; das einzige ihnen gemeinsame Moment war die ungenügende, unregelmässige und manchmal völlig fehlende specifische Behandlung. Die Syphilis war verhältnissmässig gutartig aufgetreten und gerade dieser Umstand veranlasste die Kranken, sich nicht zu beunruhigen und die Behandlung zu vernachlässigen. Die Gefahr für die Umgebung war aber natürlich um so grösser. Eine energische Behandlung brachte die noch vorhandenen sekundären Erscheinungen zum Verschwinden.

11) Baer berichtet über Versuche, die in der dermatologischen Abtheilung von Dr. K. Herxheimer in Frankfurt a. M. angestellt wurden, um die *Wirkung des Jodkalium in der Frühperiode der Syphilis* festzustellen. Es wurde zu diesem Zwecke 1) die sekundäre Lues von vornherein ausschliesslich mit Jodkalium behandelt; natürlich folgte späterhin die Quecksilberkur nach; 2) wurde derselbe Kr. erst mit Quecksilber behandelt und dann mit Jodkalium, und 3) wurden ausschliesslich mit Quecksilber behandelte Kr. mit solchen verglichen, die von vornherein mit Quecksilber und Jodkalium gleichzeitig behandelt worden waren. Es zeigte sich nun, dass zahlreiche Krankheiterscheinungen der Sekundärperiode (die Exantheme, die Plaques der Mundschleimhaut, die impetiginösen Efflorescenzen am behaarten Kopfe) von dem Jodkalium nicht beeinflusst wurden, hingegen hypertrophische

Processe (Papeln) unter dieser Behandlung zurückgingen, meistens mit Zurücklassen eines flachen Infiltrates, das erst nach lokaler Behandlung und Quecksilberkur verschwand. Die Quecksilberbehandlung allein beeinflusste häufig die hypertrophischen Processe nur langsam, wurde alsdann Jodkalium gegeben, so trat schnelle Rückbildung ein. Wurde gleichzeitig von vornherein Quecksilber und Jod gegeben, so fand eine schnellere Resorption der gewucherten Papeln statt, als bei alleiniger Quecksilberbehandlung. Das Jodkalium wurde in Dosen von 1.0 ansteigend bis zu 20.0 pro die angewendet und ausnahmslos gut vertragen. Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

331. **Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri**; von Dr. A. Buschbeck. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 453. 1896.)

In den Jahren 1887—1895 kamen in der Dresdener Frauenklinik 96 Retroflexionen zur Operation. Ueber die ersten 19 ist bereits früher referirt. Von den 77 späteren wurden 54 nach der von Leopold angegebenen Methode durch Laparotomie und Ventrofixation, 15 nach den verschiedenen vaginalen Methoden und 8 durch Verkürzung der Ligam. rotunda nach Alexander-Kocher operirt. Bei sämmtlichen 41 wieder untersuchten Frauen der ersten Reihe lag die Gebärmutter fixirt in Anteflexion, und zwar bei einer Beobachtungszeit von 1—11 Jahren. Die Befürchtung, dass durch die Fixirung des Fundus an der Bauchwand die Geburtthätigkeit des Uterus beeinträchtigt werden könnte, ist als unbegründet zu betrachten. Von 41 nicht castrirten Frauen wurden 11 wieder schwanger, die eine zum zweiten Male. Die Schwangerschaft endete 2mal mit Abortus und 9mal mit rechtzeitiger Geburt. Die Erfolge bei der zweiten Gruppe waren minder gute; von den 8 Frauen der dritten Reihe wiesen von 6 untersuchten Frauen 2 Recidive auf; die Zahlen sind indessen zu klein, um über den Werth dieser Methoden zu entscheiden.

Bei der Indikationstellung zur Operation gilt der Satz, dass niemals die Lageveränderung, auch die fixirte nicht, an sich, sondern nur die dadurch hervorgerufenen Beschwerden den operativen Eingriff veranlassen dürfen. In den Fällen von fixirter Retroflexio ist die Laparotomie mit folgender Ventrofixatio das geeignete Verfahren. Auch bei fixirtem Uterus mit einseitiger chronischer Adnexerkrankung empfiehlt es sich, durch Laparotomie die kranken Anhänge zu entfernen und den Uterus vorn zu vernähen. Bei doppelseitiger Adnexerkrankung kommt daneben die vaginale Totalexstirpation in Frage. Wurden die Anhänge abdominal entfernt, so ist der zu erwartenden Atrophie wegen eine Annähung des Uterus überflüssig. (Der Arbeit ist eine tabellarische Uebersicht beigegeben, die eine Orientirung über jeden einzelnen Fall ermöglicht.) Brosin (Dresden).

332. **Ueber Impfmetastase eines Carcinoma corporis uteri am Scheideneingange**; von Dr. E. Niebergall in Basel. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 491. 1896.)

In dem früher besprochenen Fall von Sarkom, Carcinom, Myom und Schleimpolypen an ein und demselben Uterus (Jahrbb. CCL. p. 123) stellte sich 14 Monate nach der Totalexstirpation am Introitus ein Recidiv ein, das deutlich den Bau des Drüsenkrebses zeigte. Brosin (Dresden).

333. **Die operative Behandlung der Uterusmyome durch vaginale Totalexstirpation**; von G. Leopold. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 497. 1896.)

Zu 48 Fällen, die durch Berner veröffentlicht wurden (Jahrbb. CCXLVIII. p. 105), fügt L. 26 weitere Beobachtungen. Für die Operation war der leitende Gedanke der, den vergrösserten Uterus nach Enucleation der Myome zum Zusammenfallen zu bringen, um danach, seitlich abbindend, mit den Ligaturen bis zur Höhe der beiden Tuben gelangen zu können. Ist dann der Uterus entfernt, so gilt es, die Bauchhöhle schnell und sicher zu schliessen. Bei der Vorbereitung zur Operation spielen Kochsalzinfusionen eine grosse Rolle. Einzelne Kranke erhielten bis über 8 Tage lang täglich 200—300 g Kochsalzlösung infundirt; dabei hob sich das Allgemeinbefinden auffallend. Der Gang der Operation hat sich dem einzelnen Falle anzupassen. Meist wird nach Umschneidung der Portio und Hinaufschieben des Bindegewebes der Douglas'sche Raum eröffnet, das linke Ligament möglichst weit hinauf abgebunden, vielleicht auch das rechte bis über die Art. uterina versorgt und dann das Myom stückweise entfernt. Beim Unterbinden der Ligamente wird jede höhere Ligatur so angelegt, dass sie die nächst untere mitfasst, so dass z. B. drei aufeinander folgende Ligaturen über-, bez. hintereinander geknüpft sind. Beim Enucleiren des Tumor ist jeder stärkere Zug zu vermeiden. Die Blutung ist geringer, wenn man unter Sicherung der Ligamente den Tumor Schritt für Schritt verkleinert, als wenn er in toto herausgezogen wird, noch bevor sämmtliche Gefässe versorgt wurden. Tube und Ovarium werden, falls sie gesund sind, zum Unterschiede von der Totalexstirpation bei malignen Neubildungen nicht mit entfernt; ihr Zurückbleiben soll die zu erwartenden klimakterischen Beschwerden auf ein sehr geringes Maass herabsetzen. Die Peritonäalhöhle wird über den Stümpfen geschlossen.

Nach den seit März 1887 vorgenommenen 74 vaginalen Totalexstirpationen des myomatösen Uterus sind 2 Frauen = 2.7% gestorben, doch

fielen beide Todesfälle auf die ersten 16 Operationen. Brosin (Dresden).

334. **Zur vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe wegen schwerer chronischer Erkrankungen derselben**; von G. Leopold. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 523. 1896.)

Diese Arbeit bildet die Fortsetzung einer früheren (vgl. Jahrbb. CCXLVIII. p. 106). Zu den bereits veröffentlichten 37 Fällen kommen 20 neue, die z. Th. durch schematische Zeichnungen erläutert werden. Diese 57 Fälle beweisen, dass man mit Hülfe der Ligaturmethode auch selbst in chronischen, schwerentzündlichen Fällen den Uterus und die Adnexe auslösen und den Frauen volle Heilung bringen kann. Bei der Operation wird zunächst der Uterus durch schrittweises Abbinden der Ligamente entfernt. Je nachdem nun die Adnexe nur in chronischen Entzündungspacketen liegen oder zu Eitersäcken verwandelt sind, gestaltet sich das weitere Verfahren etwas verschieden. Im ersteren Falle werden Tube und Ovarium ausgeschält und nach Abbinden des Mesosalpinx, bez. Mesoovarium entfernt, im letzteren Falle wird vorher der Eitersack möglichst tief in die Wunde gedrängt, angestochen und ausgespült. Schliesslich werden die Ligamentstümpfe herabgezogen und über ihnen wird das Peritonaeum geschlossen oder es wird, wenn die Gefahr einer Infektion vorlag, die unverschlossene Höhle mit steriler Gaze tamponirt.

Die Operirten standen meist in jüngeren Jahren, entsprechend der häufigsten Entstehungsursache des Leidens: Gonorrhöe oder Puerperalfieber. Die meisten waren vor der Operation sehr herabgekommen. Gleichwohl war nur ein Todesfall (der ersteren Reihe) zu verzeichnen. Der anatomische Befund nach der Operation war fast stets ein guter, ebenso das subjektive Befinden.

Brosin (Dresden).

335. **De l'ablation abdominale des annexes sans ligature préalable**; par P. Delbet. (Annal. de Gynécol. XLVI. p. 537. Nov. 1896.)

D. ist überzeugter „Laparotomist" bei Erkrankungen der Anhänge. Er hat bei seinen Operationen (135 Fälle) 3.7% Sterblichkeit gehabt (7.2% bei Eiterung, 1.2% bei nicht vereiterten Anhängen). In 9 Fällen konnte er die Anhänge einer Seite erhalten. 2mal kam es danach zur Schwangerschaft (1mal nach Salpingostomie).

D. geht nun darauf aus, auch die Nachtheile der bisher befolgten abdominalen Methode zu beseitigen. Die Schmerzen, die in manchen Fällen nach Beseitigung der erkrankten Anhänge zurückbleiben, führt er zurück: auf Zug und Druck der Massenunterbindungen, auf leichte Infektion der Fäden, Zurückbleiben des inneren Theils des Eileiters, Verwachsungen der Stümpfe mit Darm und Blase, falsche Lagen der Gebärmutter. Er wendet daher jetzt folgende Technik an: Wenn sich die Anhänge ohne zu zerreissen entwickeln lassen, wenn dabei keine Verunreinigung der Hände stattfindet, macht er eine Unterbindung am äusseren Rand des breiten Mutterbandes und trennt dann das breite Mutterband ab ohne vorherige Unterbindung. In allen anderen Fällen trennt er, von aussen beginnend, ohne vorherige Unterbindung, das breite Mutterband durch, und der Assistent fasst die blutenden Gefässe. Der Schnitt geht zunächst in die Tiefe um den Eierstock herum, dann unter Schonung des runden Mutterbandes in die Höhe nach dem Gebärmutterhorn. Hier blutet gewöhnlich die Uterina. Der Eileiter wird dicht am Gebärmutterhorn abgeschnitten oder, wenn nöthig, auch aus diesem herausgeschnitten. Nun werden die Hände von Neuem gereinigt, desgleichen das Operationfeld, die Eileiteröffnung wird verschorft und die Gefässe werden unterbunden. Dann wird durch fortlaufende Naht die Wunde eventuell breit geschlossen. Daran schliesst D. noch die Anheftung der Gebärmutter an die vordere Bauchwand.

Nach Anwendung dieser neuen Technik waren die Schmerzen nach der Operation fast vollständig verschwunden. Wenn Drainage nöthig ist, macht D. sie durch das hintere Scheidengewölbe, da er 2mal nach Drainage Bauchbrüche gesehen hat.

In einigen Fällen hat D. auch die Gebärmutter mit wegnehmen müssen. In 2 Fällen, in denen danach grosse Wundflächen im Becken zurückblieben, hat er den vorderen Bauchfelllappen an die vordere Mastdarmwand genäht, um einen Abschluss der Bauchhöhle zu erhalten. Von den 2 Kranken ist eine genesen.

J. Praeger (Chemnitz).

336. **Ueber ein intraligamentär entwickeltes Teratom des weiblichen Genitalapparates**; von Dr. Otto Gsell. (Arch. f. Gynäkol. LI. 2. p. 303. 1896.)

In der Frauenklinik zu Zürich wurde eine 28jähr. Frau behandelt, bei der sich 3 Wochen nach der in der Klinik erfolgten Niederkunft unter leichten Temperatursteigerungen eine Geschwulst im Becken entwickelte. Anfangs wurde diese als Parametritis exsudativa angesehen. Bei der 1/4 Jahr nach der Entstehung vorgenommenen Incision ergab es sich aber, dass eine mannskopfgrosse Neubildung von grauröthlichen fötiden Massen vorlag. Trotz möglichst genauer Exstirpation entstand nach wenigen Wochen ein Recidiv. Dieses füllte das ganze Becken aus, reichte links bis an den Rippenbogen und wulstete sich aus der Wunde pilzförmig vor. Bei der *Sektion* (Todesursache Ileus) fanden sich überdies 5 bis kirschengrosse Metastasen unter der Leberserosa. Sowohl der Haupttumor, als die Metastasen bestanden aus einem jungen feinfaserigen myxomatösen oder sarkomatösen Bindegewebe mit eingestreuten Knorpelinseln. In das Grundgewebe waren reichlich Drüsenschläuche und solide Epithelzapfen eingelagert.

Die Geschwulst entstammte vermuthlich dem linken Eierstock und ist den Teratomen zuzuzählen.

Brosin (Dresden).

337. **On some peculiar relations of abdominal and pelvic tumours**; by J. Halliday Croom. (Edinb. med. Journ. N. S. I. 1; Jan. 1897.)

C. beschreibt mehrere hochsitzende Ovarialcysten und bespricht deren Differentialdiagnose

und das Eigenthümliche ihres Sitzes. Ursprünglich im Douglas'schen Raume liegend, schlüpften sie bei lebhaften Bewegungen der Trägerinnen (in einem Falle beim Tanz) nach oben in die Bauchhöhle, womit sofort der bisherige Druck auf die Blase verschwand. Eine dieser Cysten bildete eine deutlich abgrenzbare Geschwulst oberhalb des Nabels, hatte einen 10 Zoll langen, nicht gedrehten Stiel und war mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Man hätte nach ihrem Sitze an Hydronephrose oder Wanderniere denken können, auch an ein bewegliches Uterusfibrom. Fibrome pflegen aber bei so hohem Sitze ungestielt und frei von Adhäsionen zu sein, nur in einem (von Homane mitgetheilten) Falle war ein Uterusfibrom mit dem Netze verwachsen.

Schliesslich berichtet C. von einer Wanderniere, die dadurch eine Ovarialcyste vortäuschte, dass sie in den Douglas'schen Raum gesunken war.

Mitunter ist die richtige Beurtheilung eines Abdominaltumor erst bei der Laparotomie möglich.

Radestock (Dresden).

338. **Zur Lehre von den endothelialen Ovarialgeschwülsten**; von Dr. B. Rosinski. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 2. p. 215. 1896.)

R. schildert 3 im Laufe von 4 Jahren in der königl. Frauenklinik in Königsberg i. Pr. beobachtete, hierhergehörige Fälle; diese Beobachtungen geben Zeugniss davon, wie mannigfach das Bild ist, unter dem die Ovarialgeschwülste endothelialer Abkunft auftreten, sowohl bezüglich ihres histologischen Aufbaues, als auch in klinischer Hinsicht.

Der erste Fall ist besonders interessant dadurch, dass es sich aller Wahrscheinlichkeit nach um ein multiples Endotheliom beider Ovarien und des Magens mit Metastasen in den verschiedensten Organen handelte. Auch in einem weiteren Falle war die Entartung der Ovarien doppelseitig, während im dritten Falle nur der eine Eierstock erkrankt war. Die Auffassung, dass maligne Tumoren, wenn sie beide Ovarien befallen, eine ganz besondere Bösartigkeit zeigen, wird durch R.'s Beobachtungen bestätigt. Von den beiden doppelseitigen Erkrankungen nahm der eine Fall einen Verlauf, wie er nur bei ganz bösartigen Carcinomen beobachtet wird: schnelles Wachsthum, weit ausgedehnte Metastasenbildung, hydropische Ergüsse in den Körperhöhlen, rapider Verfall, Tod an Kachexie. Der andere Tumor, der bezüglich des histologischen Aufbaues sehr ähnlich war, zeigte auch in seinem klinischen Verhalten etwa das Gleiche. Auch hier hatte die Geschwulst sehr schnell an Umfang zugenommen und zur Ascitesbildung geführt. Dem Ausbruch von Metastasen wurde durch frühzeitige radikale Operation vorgebeugt, die auch zur offenbar definitiven Heilung führte.

Ganz anders war das klinische Bild des Falles von einseitiger Erkrankung des Ovarium. Ohne Metastasen- und Ascitesbildung war der Tumor eine Reihe von Jahren stehen geblieben und auch $4^1/_2$ Jahre nach der Operation nicht wiedergekehrt, ein Verlauf, wie er bei malignen Neubildungen wohl kaum beobachtet wird. Auch der histologische Aufbau dieses Tumor war nicht unwesentlich verschieden von dem der beiden anderen Geschwülste. Bezüglich der sehr eingehend wiedergegebenen anatomischen Befunde sei auf das Original verwiesen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

339. **Pneumococcus-abscess of the ovary, with report of three cases**; by J. H. Etheridge, Chicago. (Amer. Journ. of the med. Sc. CXI. 4. p. 377. April 1896.)

1) 28jähr. Frau, seit 6 Jahren steril verheirathet. Erkrankte plötzlich am 23. März 1894 mit Schmerzen in der rechten Fossa iliaca, Fieber und Erbrechen. Von da ab war sie bettlägerig bis zur Operation; starke Abmagerung und unregelmässige Blutungen. Die Untersuchung ergab nur eine unentwirrbare Verklebung der Beckenorgane.

Bei der Operation (21. Aug. 1894) fand sich der rechte Eierstock vergrössert, verklebt mit Netz, Darm, Gebärmutter. Im Eiter der bei der Operation geborstenen Eiterhöhle wurde nur der Micrococcus lanceolatus gefunden. Verlauf?

2) 25jähr. Frau, die 3mal geboren hatte. 2 Fehlgeburten im Mai und November 1894. Nach der ersten Schmerzen in der linken Regio iliaca. Zwischen Mai 1894 und Mai 1895 waren angeblich 2mal die Eiterungen in den Mastdarm durchgebrochen. Bei der Untersuchung fand man die Gebärmutter unbeweglich, links eine geringe Fluktuation und im ganzen Becken starke Empfindlichkeit. Bei der Operation am 22. Mai 1895 zeigten sich ausgedehnte Verwachsungen zwischen Netz, Därmen, Gebärmutter, Eierstöcken und Blase. Der rechte Eierstock war cystisch entartet, der rechte Eileiter entzündet, der linke Eierstock hühnereigross, enthielt eine Eiterhöhle. Bakteriologisch wurde im Eiter eine Reincultur von Mikrococcus lanceolatus gefunden.

3) 53jähr. Frau, die noch menstruirt war. Schmerzen in der linken Darmbeingegend seit October 1889. Letzte Schwangerschaft vor 26 Jahren. Die Untersuchung ergab eine unbewegliche Gebärmutter und eine Geschwulst in der linken Beckenhälfte, die die Gebärmutter nach rechts drängte.

Bei der Operation am 22. Mai 1895 fanden sich zahlreiche Verwachsungen, im linken Eierstocke eine Eiterhöhle. Eileiter nicht verändert. Ausser dem Eierstocke wurde ein gestieltes Gebärmutterfibrom entfernt. Genesung. Im Eileiter reichliche lanzenförmige Kokken.

Charakteristisch in diesen 3 Fällen waren die zahlreichen Verwachsungen und der dicke zähe Eiter, der mit Kokken überladen war, während die Wände der Höhlen nur wenige enthielten. Bisher wurden unter 376 Fällen von Pyosalpinx nur 7mal Pneumokokken gefunden, bei Eierstocksabscessen niemals.

Die Infektion kann geschehen: 1) auf dem Wege durch die äusseren Geschlechtswerkzeuge, 2) durch den Darm, 3) durch den Kreislauf.

E. nimmt an, dass die Infektion vom Darme aus, besonders bei aufgebrochenem Graaf'schen Follikel, leicht sei (in Fall 2 und 3 fanden sich Follikelelemente in der Abscesswand), während im 3. Falle die Infektion des Parenchyms von der Blutbahn ausging.

J. Praeger (Chemnitz).

340. **Die doppelseitige Ovariotomie bei Schwangeren**; von Dr. Ferdinand Mainzer. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 48. 1895.)

M. theilt aus der Landau'schen Klinik einen Fall von doppelseitiger Ovariotomie bei einer im 5. Monate Schwangeren mit. Die Operirte gebar zur richtigen Zeit ohne Kunsthülfe ein kräftiges Mädchen.

Unter 17 Fällen von doppelseitiger Ovariotomie, die M. zusammenstellt, trat in 3 Abort, in 2 Partus praematurus nach der Operation ein; in den übrigen 12 Fällen erfolgte die Geburt am normalen Schwangerschaftende. M. empfiehlt deshalb auch bei doppelseitigen Eierstocksgeschwülsten in der Gravidität die möglichst baldige Ausführung der Ovariotomie. Bei einseitigen Eierstocksgeschwülsten wird nach M. die Nothwendigkeit der möglichst frühzeitigen Ovariotomie bereits allgemein anerkannt. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

341. **Experimentelle Beiträge zur Frage über die Wirkung der Eierstocksexstirpation auf die Schwangerschaft**; von A. Sokoloff. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 48. 1896.)

S. operirte an schwangeren Hündinnen, und zwar in einem Frühstadium, 2—3 Wochen nach der Befruchtung. Am normalen Geburttermine fand er dann die Uterushörner nicht vergrössert, leer oder nur mit kleinen Placenta- oder Fruchtresten angefüllt. Es findet also eine Absorption des Embryo statt, und zwar entsteht keine Verfettung der Eitheile, sondern, wie sich aus mikroskopischen Präparaten ergab, eine „albuminäre" Degeneration. Glaeser (Danzig).

342. **Notes on ovariotomy**; by William Stokes. (Dubl. Journ. of med. Sc. CII. p. 1. July 1896.)

St. ist der Ansicht, dass die Ovariotomie heutigen Tages nicht mehr ausschliesslich vom Specialisten ausgeführt werden soll, sondern in jedem gut eingerichteten allgemeinen Krankenhause. Er selbst hat seit 1877 12mal Eierstocksgeschwülste entfernt mit 10 günstigen Erfolgen. Die letzten 4 Operationen werden ausführlich beschrieben. Die Krankengeschichten bieten nichts besonders Bemerkenswerthes. J. Praeger (Chemnitz).

343. **Der suprasymphysäre Kreuzschnitt, eine Methode der Cöliotomie bei wenig umfänglichen Affektionen der weiblichen Beckenorgane**; von Otto Küstner. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. IV. 3. p. 197. Sept. 1896.)

K. übt diese Methode aus, um die entstellende Narbe der Bauchoperationen zu vermeiden. Er legt zunächst einen Querschnitt bis auf die Fascie im Bereiche des Schamhaarwuchses oder an dessen oberer Grenze an. Die Wundränder werden nach oben und unten auseinandergezogen und dann wird die Bauchwand weiter längs in der weissen Linie gespalten. Ein Schnitt von 4—5 cm bietet dann bei Anwendung von Haken genügend Raum zur Trennung von Verwachsungen der Gebärmutter und deren Anhänge, zur Entfernung letzterer und zur Befestigung der Gebärmutter an der Bauchwand. Die Vereinigung der Wunde geschieht durch Bauchfellmuskelfasciennaht in der Längsrichtung durch Catgut oder Seidenknopfnähte und durch queren Schluss der Hautwunde, wobei die Nadel die Fascie mitfasst, mittels Silkwormgutnähten; 8 in dieser Weise ausgeführte Operationen verliefen sehr gut. J. Präger (Chemnitz).

344. **Ueber die Entstehung des Hautemphysems nach Laparotomien**; von Dr. Karl Heil in Heidelberg. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 435. 1896.)

Hautemphysem kann zu Stande kommen, wenn im Abdomen Luft zurückbleibt und bei gutem Verschlusse der Hautwunde die tiefen Schichten ungenügend vereinigt werden. Eine möglichst genaue Naht der ganzen Bauchwand, besonders auch der MM. recti und ihrer Scheiden ist daher geboten. Der Beckenhochlagerung, bez. Hängelage ist für die Entstehung des Emphysems eine Bedeutung nicht zuzusprechen. (Eigener Fall und Experimente am Kaninchen.) Brosin (Dresden).

345. **De l'emphysème sous-cutané produit pendant l'accouchement**; par E. Nicaise. (Revue de Chir. XVI. 7. 1896.)

Bei schwierigen Entbindungen, namentlich Erstgebärender, beobachtet man öfters das plötzliche Auftreten eines *subcutanen Emphysems an der Basis des Halses.* Es entsteht in Folge heftigen und wiederholten Schreiens und beruht auf einer Ruptur der ausgedehnten Trachea oder eines schwachen Punktes der grossen Bronchen. Meist verschwindet dieses Hautemphysem rasch wieder, ohne Folgen zu hinterlassen. Unter 54 von N. gesammelten Fällen endete nur einer am Tage nach der Entbindung tödtlich. Beim Auftreten des Emphysems muss die Entbindung so rasch als möglich beendet werden, oder man muss wenigstens die Schmerzen durch Chloroformdarreichung beseitigen. P. Wagner (Leipzig).

346. **Réflexions sur le curettage dans les suites d'avortement**; par Ch. Patru, Genève. (Revue méd. de la Suisse rom. XVI. 1. p. 5. 1896.)

P. benutzt die Aufzeichnungen über 211 Ausschabungen, die er theils in der Maternité, theils in der Privatpraxis ausgeführt hat. 134 machten sich in Folge von Fehlgeburten, 77 machten sich wegen chronischer Metritis nothwendig.

Unter den ersten 134 waren 50 Fälle mit Fieber. 44mal ging die Körperwärme zum Normalen zurück, 6 Fälle verliefen tödtlich (5mal kriminelle Eingriffe nachgewiesen!), davon 4 durch Bauchfellentzündung, 2 durch allgemeine Sepsis. Gerade bei beginnenden septischen Erscheinungen empfiehlt P. die möglichst baldige Ausschabung.

Nur dann räth P. nach Fehlgeburten auf die Ausschabung zu verzichten, wenn man inmitten der Blutgerinnsel ein vollständiges Ei findet, nach dessen Ausstossung die Blutung sofort steht; auch bei Fehlgeburten im 5. und 6. Monate, die sich schon mehr dem Typus einer Entbindung am Ende der Schwangerschaft nähern, kann man sich jeden Eingriffes enthalten. In allen anderen Fällen vom 1. bis 4. Schwangerschaftmonate hält P. die Ausschabung für angezeigt, um das Zurückbleiben von Resten zu verhüten, die Blutungen, Jauchung, septische Erscheinungen, später Nervosität, Sterilität, Metritis und Entzündungen der Anhänge zur Folge hätten. J. Praeger (Chemnitz).

347. **Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten und die Entwickelungsanomalien der weiblichen Geschlechtsorgane vom anthropogenetischen Gesichtspunkte aus betrachtet**; von Dr. S. Patellani in Parma. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXV. 3. p. 373. 1896.)

P. kommt zu folgenden Schlüssen: „Die Erblichkeit, die von den Autoren im Allgemeinen als Ursache der mehrfachen Schwangerschaft beim Menschen angenommen wird, darf nicht in beschränktem Sinne, d. h. nicht so aufgefasst werden, als könne sich die Prädisposition zu mehrfachen Schwangerschaften von Verwandten in aufsteigender Linie oder Nebenverwandten weiter forterben. Wenn eine solche Prädisposition wirklich existirt, ist sie jedenfalls mit viel weiter zurückliegenden erblichen Einflüssen in Beziehung zu bringen.“ „Was die Eierstöcke, die Tuben und den Uterus anbetrifft, gilt das Häckel'sche Gesetz, dass die Ontogenese die Phylogenese wiederholt. Es lassen sich so viele Erscheinungen bei diesen Organen begreifen, die sonst schwer zu erklären sein oder eine falsche Auslegung finden würden.“ „Die Tubenschwangerschaften stellen, von einem gewissen Gesichtspunkte aus betrachtet, eine disteleologische funktionelle Erscheinung dar, gerade so wie die Entwickelungsanomalien der Geschlechtsorgane eine disteleologische morphologische Erscheinung, d. h. ein Rückschlag auf niedere Zustände sind.“ „Zugegeben, dass in Uebereinstimmung mit allen Naturgesetzen bei den Thiergattungen die Tendenz zu beständiger Vervollkommnung nach oben hin besteht, erscheint auch die Annahme gerechtfertigt, dass sowohl die mehrfachen und Extrauterinschwangerschaften als die Missbildungen des Genitalapparates nach und nach verschwinden werden.“ Arth. Hoffmann (Darmstadt).

348. **Beiträge zur Frage der ektopischen Schwangerschaft auf Grund des 14jährigen Materials der II. geburtshülflichen Klinik in Budapest**; von Dr. Stephan Tóth. (Arch. f. Gynäkol. LI. 3. p. 410. 1896.)

Im Anschlusse an die ausführliche Mittheilung von 31 (nebst 5 im Nachtrage) Fällen Taufer's werden Diagnose, Therapie und Prognose der ektopischen Schwangerschaft besprochen. Aus der ersten Hälfte der Gravidität kamen mit unversehrtem Fruchtsacke 3, zur Zeit der Ruptur 4, nach der Ruptur des Fruchtsackes 2 Fälle zur Beobachtung. In die zweite Hälfte der Gravidität fielen 2 Fälle mit lebender und 6 mit abgestorbener Frucht. Bei der Behandlung anderer Erkrankungen wurden gelegentlich entdeckt 4 ektopische Schwangerschaften, die bereits zum Stillstande gelangt waren. Hämatocelen endlich kamen 11mal vor. Für die Aetiologie der extrauterinen Schwangerschaft konnten neue Gesichtspunkte nicht gefunden werden. Die Gravidität war in 73.68% eine tubare, in einem Falle (Nr. 16) waren beide Tuben unbetheiligt und die Insertion der Placenta hatte unzweifelhaft auf ovarialem Gewebe stattgefunden.

Wird die ektopische Schwangerschaft in der ersten Hälfte ihres Bestehens erkannt, bevor Ruptur oder Abort eingetreten ist, so ist stets die Operation angezeigt. Wenn eine innere Blutung erfolgte, so ist es schwer zu entscheiden, ob man abwarten oder operiren soll. Im Allgemeinen bietet die Operation günstigere Aussichten, schon in Bezug auf die Dauer der Heilung. Bei ausgetragener lebender Frucht ist es das ideale Ziel, durch Operation am Ende der Schwangerschaft das Leben von Mutter und Kind zu retten. Die geringere Gefahr des Eingriffes nach 10—12wöchigem Abwarten in Bezug auf die Blutung wird ausgeglichen durch die Gefahren, die das Abwarten selbst (Berstung, Eiterung) mit sich bringt. Bei 24 Operationen, die zur Statistik des Erfolges verwerthbar sind, betrug die Mortalität 5 (18.52%), allerdings sind hier vaginale Eröffnungen einer Hämatocele, 8 Fälle mit einem Todesfalle, eingerechnet; von den 16 Laparotomirten starben demnach 4 (25%).

Brosin (Dresden).

349. **Ausgetragene sekundäre Abdominalschwangerschaft nach Ruptura uteri traumatica im 4. Monate. Laparotomie. Genesung**; von G. Leopold. (Arch. f. Gynäkol. LII. 2. p. 376. 1896.)

Bei einer 42jähr. Gravida, die 11mal (die drei letzten Male unter künstlicher Entfernung der Nachgeburt) entbunden war und bei der seit der letzten Entbindung vor 5 Jahren die Periode nicht wieder erschienen war, hatte 2—3 Wochen vor Eintritt der Kindesbewegungen ein schwerer Sturz auf das Kreuz und Gesäss stattgefunden. 3 Wochen nach dem Endtermin der Schwangerschaft und dem Aufhören der sehr schmerzenden Kindesbewegungen wurde durch Laparotomie die extrauterine, in einem zarten Fruchtsacke gelegene Frucht entfernt. Der Nabelstrang führte durch einen Schlitz der hinteren Uteruswand in das Cavum zur adhärenten Placenta, wie die Untersuchung des mit entfernten Uterus erkennen liess. In überzeugender Weise wird ausgeführt, dass bei jenem Sturze eine Verletzung der Uteruswand gegenüber dem scharfen Promentorium stattfand. Durch die entstandene Oeffnung wurde die Frucht ganz allmählich und zunächst ohne Einreissen der Eihäute in die Bauchhöhle geboren, woselbst sie, von einem neugebildeten Fruchtsacke umgeben, sich bis zur völligen Reife fortentwickelte.

Brosin (Dresden).

350. **Four cases of early extra-uterine gestation;** by Alban Doran. (Lancet March 28. 1896.)

D. berichtet über 4 Fälle von Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter in den ersten Monaten.

1) Eine 25jähr. Frau hatte einmal vor 18 Monaten geboren. Letzte Regel vor 14 Wochen. Seit 2 Monaten wiederholte Schmerz- und Ohnmachtanfälle. Bei der Aufnahme in's Samaritan Free Hospital wurde eine Schwellung in der rechten Fossa iliaca gefunden. Nach einem heftigen Anfalle beschloss D. die Operation. Nach Entfernung von geronnenem und flüssigem Blute Entfernung des im Infundibulum des Eileiters entwickelten Fruchtsackes, aus dessen Riss eine 14 cm lange Frucht vortrat. Die Genesung wurde durch Bronchitis verzögert.

2) Eine 40jähr. Frau hatte einmal vor 13 Jahren geboren. Nach Ausbleiben der fast immer regelmässigen Blutung Empfindung in der rechten Seite des Unterleibes. Dann heftiger Anfall von Schmerz und Ohnmacht. D. fand eine Schwellung im rechten Scheidengewölbe. Trotz Bettruhe Erneuerung der Anfälle, Abgang von Gewebefetzen aus der Gebärmutter. Zunahme der Schwellung und Ansteigen der Körperwärme. Am 23. März 1895 Eröffnung der Bauchhöhle. Nach Entfernung von Blut und Lösung zahlreicher Verwachsungen wurde ein Fruchtsack im rechten Eileiter, der oben einen Riss aufwies, mitsammt dem Eierstocke ausgelöst. Genesung.

3) 18jähr. Mädchen. Nach mehrfachen Schmerzanfällen Blutung und Anschwellung in der rechten Fossa iliaca. 1 Monat nach dem 1. Anfalle wieder starke Blutung. Am 8. Januar 1895 Operation. Nach Trennung von Darm- und Netzverwachsungen entfernte D. eine mit Blut gefüllte Geschwulst des rechten Eileiters. Im Blutgerinnsel, das mit der Sackwand verklebt war, fand sich eine deutliche Chorionzotte.

4) 34jähr. Frau, vor 10 Jahren einmal entbunden. Seitdem wiederholte Anfälle von Beckenschmerzen. In den letzten 2 Jahren 2mal bettlägerig. Nach 6wöchiger Regelpause heftiger Schmerzanfall mit Erbrechen; 2 Tage danach kaffeeähnlicher Ausfluss 6 Wochen anhaltend. Bei der Aufnahme in's Hospital wurde eine festeelastische Geschwulst, die die rechte und hintere Beckenhälfte ausfüllte, die Gebärmutter nach vorn drängte und bis zum Nabel reichte, gefühlt. D. liess die Kranke 3 Wochen liegen. Die Geschwulst war dann kleiner und härter geworden. Nach 8 Monaten berichtete der behandelnde Arzt, dass die Geschwulst nur noch eigross sei, sowie, dass Pat. völlig wohl sei.

Bezüglich der Diagnose der Eileiterschwangerschaft legt D. mehr Werth auf die plötzlichen Schmerzanfälle, verbunden mit dem Erscheinen einer Geschwulst in einer Beckenseite, als auf die eventuell begleitenden Schwangerschaftzeichen. Werthvoll kann der Fund einer abgegangenen Decidua sein.

D. hält die Operation für weniger gefährlich als die abwartende Behandlung und hält letztere nur für gerechtfertigt, wenn nach einem einzigen Anfalle Schmerz und Schwellung abnehmen.

J. Praeger (Chemnitz).

351. **Bidrag till eklampsiens kasuistik och patologi;** af Prof. A. O. Lindfors och Prof. C. Sundberg. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 2 o. 3. s. 91. 1897.)

In den Jahren 1880—1896 sind in der Gebäranstalt in Upsala unter 2160 Entbindungen 10 Fälle von Eklampsie vorgekommen (1 : 216), die alle sehr schwer waren, blos 2 Pat. blieben am Leben. Von den 3 im Jahre 1896 vorgekommenen Fällen war in einem die Krankheit nur gelind, brach spät aus und bestand nur in einem Anfalle, der sich, als die Pat. gleich darauf mit der Zange entbunden wurde, nicht wiederholte. Die beiden anderen Fälle, die der Mittheilung zu Grunde liegen, waren schwer und endeten trotz rasch vorgenommener operativer geburtshülflicher Eingriffe tödtlich, ohne dass die Kranken wieder zum Bewusstsein kamen.

1) Eine 28 Jahre alte verheirathete Frau wurde am 20. März in bewusstlosem Zustande aufgenommen, nachdem schon vorher Bewusstlosigkeit und Convulsionen eingetreten waren. Die Zuckungen begannen im rechten Fusse und stiegen aufwärts in die rechte Seite des Rumpfes und in den rechten Arm, dann in den linken Arm und in das Gesicht. Die Anfälle dauerten ½—1 Minute mit Intervallen von 3—5—10 Minuten; die Pupillen waren erweitert, die Temperatur im Rectum betrug 40.2° C., die Pulsfrequenz 160 Schläge in der Minute. In den äusseren Muttermund konnte eine Fingerspitze eindringen. Ein Chloralklystir wurde gegeben und die Kr. warm eingehüllt. Nach einer Kochsalzinfusion sank die Pulsfrequenz auf 120 Schläge. Die Krampfanfälle wurden allmählich seltener, gelinder und weniger ausgebreitet; sie beschränkten sich schliesslich auf das Gesicht. Der vorliegende Kindestheil war ein Steiss. Um die Entbindung rasch zu beendigen, wurde ein Fuss herabgezogen und eine unausgetragene, etwa 7—8 Monate alte Frucht extrahirt; es zeigte sich, dass Zwillingsschwangerschaft vorlag, die 2. Frucht wurde durch kräftige Wehen ausgetrieben. Beide Früchte waren todt. Die Frau blieb bewusstlos; die Anfälle dauerten, wenn auch mit längeren Intervallen, fort; trotz aller angewendeten Mitteln verfiel die Frau und starb am 21. März. Im Harne hatten sich zahlreiche hyaline, körnige und epitheliale Cylinder gefunden, vereinzelte Wachscylinder und rothe und weisse Blutkörperchen.

Bei der *Sektion* fand man Placentareste im Uterus, Infarkte und Hämorrhagien in der Placenta, Hyperämie und Hämorrhagien in der Pia-mater, parenchymatöse Entartung des Myokardium, in den Blutgefässen Embolien von Leberzellen und, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, von Zellen von dem Syncytium der Chorionvilli; Hyperämie, Hämorrhagien und lobuläre Pneumonie in beiden Lungen, nekrotische Herde in der Milz und Nephritis parenchymatosa diffusa.

2) Eine 38 Jahre alte Erstgebärende, bei der die Wehen kurz vorher begonnen hatten, wurde am 25. März 1896 Abends aufgenommen. Bei der Untersuchung am 26. fand man den Muttermund geöffnet für 3 Finger, den Kopf vorliegend und fixirt. Die Beckenmaasse schienen normal. Am Abend trat ein heftiger eklamptischer Anfall (der erste und einzige) mit vollständiger Bewusstlosigkeit auf. Da trotz Anwendung der Achsenzugzange der hochstehende Kopf nicht herabrückte und die Frucht aller Wahrscheinlichkeit nach abgestorben war, wurde die Entbindung mittels Perforation und Cranioklasie rasch beendet. Das Kind war ausgetragen. Die Placenta ging nach ½ Stunde ab; die Blutung war mässig. Die Kr. blieb soporös und starb am 28. März. Der Harn enthielt rothe und weisse Blutkörperchen, letztere in ziemlich grosser Anzahl und in Haufen, und verschiedene Arten von Cylindern.

Bei der *Sektion* zeigte sich, dass die Conjugata vera 9.2 cm maass. In der Placenta fand man sehr viele Infarkte und hämorrhagische Herde, ausserdem fand man Anämie der Hirnrinde und der centralen Kerne, Synechien der linken Pleura, parenchymatöse und fettige Entartung des Myokardium, in den Blutgefässen Embolie von Leberzellen, Hyperämie und Oedem der Lungen, katarrhalische Bronchitis, diffuse parenchymatöse Nephritis, sehr viele

hämorrhagische, anämische und nekrotische Herde und Fettentartung in der Leber, chronische Gastritis.

Nach dem Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung waren die wesentlichen Veränderungen, die sich in diesen beiden Fällen vorfanden, die folgenden: 1) Multiple autochthone Thrombosen mit consekutiven Cirkulationstörungen und Nekrosen vor Allem in der Leber, aber auch in den Lungen und im 1. Falle in der Milz. 2) Parenchymzellenembolien im Blute, in beiden Fällen von Leberzellen, im 1. Falle auch von Syncytiumzellen. 3) Parenchymatöse Entartung der Nieren (Schwangerschaftnephritis), des Myokardium, der Leber. 4) Infarkte und Blutungen in der Placenta.

Aus einer Zusammenstellung der in der neueren Zeit veröffentlichten Untersuchungen über Puerperaleklampsie ergeben sich folgende Resultate: 1) Der eklamptische Anfall kann in der Mehrzahl der Fälle nicht aus Nierenveränderungen erklärt werden und ist nicht, wie es bisher oft geschehen ist, mit einem urämischen Anfalle zu identificiren; doch ist dadurch nicht ausgeschlossen, dass es auch eine urämische Form der Krämpfe giebt. 2) Die Eklampsie beruht wahrscheinlich auf einer Autointoxikation, in erster Reihe ist dabei eine placentare Autointoxikation zu stellen, in zweite eine renale und in dritte eine infektiöse. 3) Die Eklampsie ist durch einen ziemlich regelmässigen Complex pathologisch-anatomischer Veränderungen gekennzeichnet: a) multiple autochthone Thromben mit sekundären Hyperämien, Anämien, anämischen und hämorrhagischen Nekrosen und Infarkten, von denen b) die Veränderungen in Leber, Nieren, Lungen und Gehirn die gewöhnlichsten sind; c) eine doppelte Parenchymzellenembolie von Leberzellen und Syncytiumzellen; d) Placentaveränderungen: Nekrosen und Blutungen.

Walter Berger (Leipzig).

352. **Ueber Impetigo herpetiformis**; von Dr. Glaevecke in Kiel. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 18. 1896.)

Diese zuerst 1872 von Hebra beschriebene Krankheit ist bis jetzt erst in 20 Fällen bekannt geworden, von denen 18 Frauen, und zwar stets schwangere Frauen betrafen. Meist gegen Mitte der Schwangerschaft erfolgt ein Ausbruch miliarer Bläschen, die gleich anfangs von Eiter erfüllt sind und die sich wie beim Herpes zu Gruppen und Kreisen anordnen. Dem Ausbruche dieser Pusteln gehen mitunter Erythem und Urticaria voraus. Heilen sie ab, was theils durch Eintrocknen, theils unter einem feuchten Schorfe geschieht, so hinterleibt weder eine Ulceration, noch eine Narbe, nur eine Zeit lang ist ein Pigmentfleck erhalten. Bald treten neue Eruptionen hervor, meist am Rande der geheilten oder in Heilung befindlichen Vorgänger. So kann allmählich die ganze äussere Haut erkranken, beginnend in der Genitocruralgegend, dann am ganzen Körper mit Ausnahme der Handteller und Fussohlen; auch die Mundschleimhaut wird meist befallen. Eine Eruption folgt der anderen, jede wird von einem Schüttelfroste eingeleitet, intermittirendes Fieber stellt sich ein und die Kranken gehen oft noch nach Jahren unter schweren sekundären Erscheinungen, als Darmkatarrh, Bronchopneumonien, Albuminurie, zu Grunde. Von den 20 Fällen endeten 18 = 80% tödtlich. Die Schwangerschaft geht meist vorzeitig zu Ende. Da die Geburt, wie in dem einen von G. mitgetheilten Falle, das Leiden zum Stehen bringen kann und eine sonstige Behandlung, abgesehen vielleicht von langen lauen Bädern, einflusslos ist, so scheint es geboten, in geeigneten Fällen die Fehl-, bez. Frühgeburt künstlich herbeizuführen.

Brosin (Dresden).

353. **Beiträge zur Puerperalfieberfrage.** (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 579. 621. 1896.)

I. *Zur Pathologie und Therapie des Wochenbettfiebers;* von Dr. Heinrich Saft.

In der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt zu Breslau betrug seit October 1894 die Gesammtmortalität der 566 innerlich untersuchten Frauen 29.97%, die der 313 innerlich nicht untersuchten 22.04%. Während die beiden Reihen eine nur geringe Differenz in der Zahl der leichten Fiebererkrankungen zeigen, beträgt die Zahl der schwersten Fieberfälle bei den innerlich Untersuchten das Dreifache von der bei den innerlich nicht Untersuchten. Am höchsten stellt sich die Morbidität für die operirten Frauen mit 30.85% und auch hier überwiegen relativ die schweren Erkrankungen. Von den Wöchnerinnen starben 2, davon eine an Infektion (0.22, bez. 0.11%). Aus diesen Beobachtungen ergiebt sich die praktische Lehre, dass innere Untersuchungen und Operationen möglichst einzuschränken sind. Neben sorgfältigster Desinfektion der Hebamme und des Arztes ist eine äussere, doch keine innere Desinfektion der Kreissenden geboten.

Die örtliche Behandlung erkrankter Wöchnerinnen ist möglichst einzuschränken. Namentlich in der Hauspraxis haben sich die Heilbestrebungen einzig auf die Diätetik und die Stärkung der Herzkraft der Wöchnerin zu richten. Die den lokalen Aetzungen und Uterusspülungen nachgerühmten Erfolge können diesen bei genauer Nachprüfung der angeblich beweisenden Fälle nicht ferner zugestanden werden.

II. *Ueber Asepsis und Antisepsis in der Geburtshülfe;* von F. Baumm.

Die Arbeit Saft's erhält durch B. eine dankenswerthe Vertiefung und Erweiterung. Die glänzenden Statistiken bestimmter Kliniken dürften ihre Erklärung in der Methode der Temperaturmessung finden. Stets, wo es sich um wissenschaftliches Material handelt, sollte die Temperatur im Mastdarme gemessen werden. Die Möglichkeit einer Selbstinfektion ist nicht zu leugnen. Innerlich nicht berührte Wöchnerinnen bekommen wohl Fieber,

aber niemals ein gefährliches, denn die Scheidenkeime sind von vorn herein zwar nicht unschädlich, doch ungefährlich. Nur bei besonders günstigem Nährboden, wie ihn z. B. verletzende Operationen schaffen, können die Scheidenkeime eine höhere Virulenz erreichen. Eine Desinfektion der Scheide ist belanglos. Dagegen kann die auf Reinigung der Hände verwandte Sorgfalt nicht gross genug sein. Allerdings trägt den Löwenantheil beim Kindbettfieber der durch innere Eingriffe veränderte Nährboden, nicht aber unsere unvollkommene Desinfektion. Dem Alkohol ist eine direkt baktericide Kraft beizumessen, die dem des Sublimates gleichkommt. Ueberlegen ist er jenem durch das leichtere Eindringen in die Epidermis.

Brosin (Dresden).

354. **Untersuchungen über die Schwefelsäureausscheidung und Darmfäulniss bei Wöchnerinnen**; von Dr. Siegfried Neumann in Budapest. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 441. 1896.)

Die Bestimmung der Schwefelsäure (—Anhydrit: SO_3) im Urin von 4 Wöchnerinnen während der ersten 10 Tage des Wochenbettes ergab, dass der Durchschnittswerth der 24stünd. Menge 1.543 g betrug, sich also nahe der unteren Grenze der physiologischen Tagesmenge (1.5—3 g) hielt. Die Ausscheidung bei den verschiedenen Wöchnerinnen nach den einzelnen Tagen war keinem besonderen Typus unterworfen. Als Mittelwerthe der Gesammtschwefelsäure für die einzelnen Tage ergab sich ein Maximum von 2.3244 g am 7. Tage des Wochenbettes und ein Minimum von 1.3325 g für den 2. Tag.

Während unter normalen Verhältnissen die ausgeschiedene Sulphat- und Aetherschwefelsäure zu einander stehen wie 10 : 1, bewegte sich die Menge der letzteren während der ersten 10 Tage des Wochenbettes unter dem normalen Mittelwerthe. Bei zunehmender Darmfäulniss sinkt die Verhältnisszahl unter den normalen Werth. Dies war besonders der Fall bei der einen Wöchnerin, deren Darm vor der Entbindung nicht mehr entleert werden konnte (7.0—4.6). Es wird hierdurch die wichtige Regel bekräftigt, dass für die Entleerung des Darmes während der Geburt auch im Interesse der Vereitelung einer intensiveren Darmfäulniss gesorgt werden muss.

Brosin (Dresden).

355. **Beiträge zur Aetiologie und Pathogenese der Verdauungsstörungen im frühen Kindesalter.** *Ueber Intoxikationen durch Milch;* von Dr. Sonnenberger in Worms. (Münchn. med. Wchnschr. XLII. 13. 14. 1897.)

Ueber dem allzu eifrigen Suchen nach Bakterien hat man, nach S. sehr zu Unrecht, ganz vergessen, dass die Milch auch dadurch schädlich sein kann, dass sie Gifte enthält. Sie enthält Gifte, wenn die Mutter oder die Amme oder die Kuh Arzneien eingenommen hat, sie enthält Gifte, wenn sie in Metall-, Kupfer- und Zinngefässen zu lange aufbewahrt wurde, und sie enthält Gifte, wenn solche mit der Nahrung aufgenommen wurden. Dieser letztere Punkt ist der wichtigste, er kommt vor Allem bei der Kuhmilch in Betracht und auf ihn möchte S. ganz besonders aufmerksam machen.

Ueberall da, wo es keine guten Wiesen mehr giebt, wo viel Klee gebaut wird, fressen die Kühe mit diesem eine Masse von giftigen Kräutern, die ihnen selbst nicht deutlich schaden, aber die Milch für Kinder zweifellos höchst gefährlich machen. Ebenso machen Kartoffel- und Weinrebenlaub, Schlempe, Gemüseabfälle, verdorbene Kartoffeln und Aepfel, verschimmeltes Heu, schlechte Kleie und noch manche andere schöne Sachen, die die Kühe in Ermangelung eines Besseren ruhig zu sich nehmen, die Milch giftig und die Gifte werden auch durch gründliches Kochen und Sterilisiren nicht zerstört.

S. ist überzeugt davon, dass hier die Quelle für zahlreiche Todesfälle bei Säuglingen zu suchen ist, und fordert mit Recht grössere Sorgfalt und Ueberwachung bei der Viehfütterung. Im einzelnen Falle ist die zur Zeit übliche Behandlung der Verdauungskrankheiten bei Säuglingen auch dann, wenn es sich um eine Vergiftung handelt, richtig.

Dippe.

356. **Ueber Nierenveränderungen bei atrophischen Säuglingen**; von Dr. M. Simmonds. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 385. 1896.)

Aus verschiedentlichen Untersuchungen weiss man bereits, dass die Nieren Neugeborener leicht und häufig erkranken. S. liefert hierzu einen werthvollen Beitrag. Er untersuchte die Nieren von 60 Säuglingen, die an „Pädatrophie“ ohne Hervortreten der Erkrankung eines besonderen Organes zu Grunde gegangen waren, und fand stets mehr oder weniger beträchtliche Schädigungen und Zerstörungen des Nierenparenchyms.

Woher stammen diese? Sie können nicht wohl einfach Theilerscheinung der Pädatrophie sein, sie hängen wahrscheinlich nicht mit den häufig vorhandenen Pneumonieherden oder leichten Magen-Darmstörungen zusammen (alle schwereren Erkrankungen der Lungen und des Darmes hatte S., wie gesagt, ausgeschlossen); es bleibt kaum etwas Anderes übrig, als sie mit den ausserordentlich häufigen *Exsudaten der Paukenhöhle* in Verbindung zu bringen. Diese Exsudate bilden bei gestorbenen Säuglingen geradezu die Regel und sie enthalten eine gewaltige Menge von Mikroben verschiedener Art.

S. kommt zu dem Ergebnisse, „die Mittelohrentzündung mit consekutiver Nierendegeneration als eine der häufigsten Todesursachen atrophischer Säuglinge anzusehen“.

Dippe.

357. **Eine Studie über das Verhalten der Rhachitis in Riga**; von Dr. Edgar Mey. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 2. p. 273. 1896.)

M. kommt auf Grund seiner an 1000 Kindern in Riga gemachten Beobachtungen zu dem Schlusse, dass vor Allem der Monate lange Aufenthalt der Säuglinge im geschlossenen Zimmer, der Mangel an frischer Luft und Sonnenschein zu der Entstehung der Rhachitis Veranlassung geben.

Brückner (Dresden).

358. **Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rhachitis**; von Dr. Rudolf Fischl in Prag. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. 1897.)

F. weist zunächst auf das epidemische Auftreten der Tetanie hin, auf die Häufung der Fälle in der kalten Jahreszeit und in der ärmeren Bevölkerung, auf ihr Fehlen auf dem Lande.

Das Trousseau'sche Phänomen (Aderlassbinde) rechnet er ebenso wie das Erb'sche zu den „obligaten Latenzerscheinungen" der Tetanie; als manifeste Symptome lässt er nur die typischen Krämpfe gelten.

Da ferner ein hoher Procentsatz der Fälle von Laryngospasmus mit Erscheinungen der Tetanie verbunden ist, legt nach F.'s Erfahrungen ein jeder Fall von Laryngospasmus eine Fahndung auf Tetaniesymptome nahe. Radestock (Dresden).

359. **Weitere Mittheilungen über cerebrale spastische Lähmungen im Kindesalter**; von Prof. Ganghofner. (Ztschr. f. Heilkde. XVII. 4. p. 303. 1896.)

Die Studie G.'s baut sich auf der Analyse von 54 selbst beobachteten cerebralen spastischen Diplegien bei Kindern auf. In 19 Fällen war keine Ursache bekannt. In 21 Fällen waren Störungen von Seiten der Mutter nachweisbar (Erkrankungen, Verletzungen, psychische Erregungen). In 5 Fällen lag sogenannte Little'sche Aetiologie vor (frühzeitige und schwere Geburt, Asphyxie). 9 Kinder hatten extrauterin Krankheiten erworben, z. Th. Infektionkrankheiten, z. Th. Verletzungen.

Der traumatischen Einwirkung der Geburt misst G. nicht eine sehr grosse Bedeutung bei. Es muss (zum Zustandekommen der spastischen Lähmung) dabei mitwirken die vom mütterlichen Organismus beeinflusste Gehirnentwickelung des Fötus. Die hereditäre Syphilis spielt dagegen jedenfalls eine sehr grosse Rolle in der Aetiologie der angeborenen spastischen Lähmungen. Wie aus einigen Sektionbefunden hervorzugehen scheint, können Sklerosen des Gehirns und Rückenmarks, die frühzeitig, auch intrauterin einsetzen, unter dem Einflusse der erblichen Syphilis entstehen. Die mikroskopische Untersuchung in Fällen von cerebraler Kinderlähmung aus dem Fötalleben oder der ersten Zeit des intrauterinen Lebens ergiebt, dass die Veränderungen des Gehirns, besonders diejenigen der Rinde, Agenesien der Pyramidenbahnen zur Folge haben (Verminderung der Faserzahl, vielleicht auch abnorme Schmalheit der einzelnen Fasern). Auf der hierdurch bedingten Leitungstörung beruht alsdann die spastische Lähmung. In einer Anzahl von Fällen konnten derartige Veränderungen nicht nachgewiesen werden. „Man muss dann vorläufig annehmen, dass gleichwohl eine funktionelle Insufficienz der Pyramidenbahnen vorliegt oder dass, bei erhaltener normaler Leitung in denselben jedenfalls in Folge der gesammten Schädigung des Gehirns durch die Läsion, die normalen hemmenden Einflüsse des Gehirns auf die spinalen Reflexcentren ausgefallen sind." In weiteren Fällen endlich ist die ungenügende Entwickelung der Pyramidenbahnen vorhanden, die Gehirnrinde aber anscheinend normal. Wahrscheinlich liegt auch hier eine, vorläufig nur als funktionell zu bezeichnende Abweichung des Gehirns vor. Mehrere Beobachtungen G.'s sprechen dafür, dass intrauterin entstandene spastische Cerebrallähmungen häufig erst gegen Ende des ersten Lebensjahres sich kund geben. „Fälle von rein spastischer Paraplegie im Sinne Erb's ohne Betheiligung der oberen Extremitäten und der Gehirnfunktionen mit vollständig normaler Sprache und Intelligenz und ohne Strabismus sind verhältnissmässig selten. Die Möglichkeit, dass dieselben auf einer primären Erkrankung der Pyramidenbahnen, bez. der Seitenstränge in der unteren Rückenmarkshälfte beruhen, ist nicht von der Hand zu weisen, bisher jedoch nicht durch Sektionbefunde erhärtet. Wahrscheinlich ist auch für diese Fälle eine mangelhafte Leistung der trophischen Zellen im Gehirn verantwortlich zu machen."

Dies ist in grossen Umrissen der Inhalt der interessanten mit Krankengeschichten und Sektionbefunden reichlich ausgestatteten Arbeit.

Brückner (Dresden).

360. **Die Punktion des Hydrocephalus** *(zwei Fälle von geheiltem Hydrocephalus)*; von Dr. Fr. Schilling. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 1. 1896.)

Sch. empfiehlt beim Hydrocephalus acutus und chronicus bei Steigerung des intracraniellen Druckes, der unter Anderem auch in der Stauungspapille einen deutlichen Ausdruck findet, die spinale Punktion, eventuell verbunden mit Aspiration, als die ungefährlichste Methode. Sollte sich aber herausstellen, dass die Communikation zwischen Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit nicht ganz frei ist, so sind die Ventrikel direkt zu punktiren. Zur Nachbehandlung empfiehlt Sch. die horizontale Umwickelung des Kopfes mit einer breiten Gummibinde, die gut comprimirt und nicht einschneidet.

Sch. theilt 4 eigene Fälle mit, in denen er die Punktion ausgeführt hat. 2 Kinder starben; die beiden anderen genasen. Die beiden genesenen Kinder waren zur Zeit der Operation 7 Monate,

beziehungsweise 7 Wochen alt; das eine Kind mit chron. Hydrocephalus ist über 3 Jahre, das andere mit akutem Hydrocephalus nahezu 6 Monate geheilt. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

361. **Fall von angeborenem, partiellem Riesenwuchs** *mit Berücksichtigung der Aetiologie desselben und verwandter Wachsthumsabnormitäten;* von Dr. Machenhauer in Darmstadt. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVII. 43. 1896.)

Mittheilung eines sehr interessanten Falles von *angeborenem, partiellem Riesenwuchs* bei einem 1jähr. Knaben. Betheiligt waren namentlich die Arme und Beine, rechts stärker als links. Der Riesenwuchs war mit Lipomatose und Syndaktylie der rechtsseitigen Zehen verbunden. Auffallend war die bedeutende Hypertrophie und Hyperplasie der Blutgefässe. Der rechte Unterschenkel war verkrümmt und verkürzt. An der Krümmungsstelle war der Knochen verdickt; auf der äusseren Bedeckung zeigte sich eine Anzahl reihenweise angeordneter Keloide. Im Hinblick auf einen in der Nabelschnur vorhanden gewesenen echten Knoten darf man sich wohl die Frage vorlegen, ob nicht die abnorm lange Nabelschnur sich während des intrauterinen Lebens um den rechten Unterschenkel geschlungen, ihn dadurch abgeknickt und später die Schlinge sich wieder vom Beinchen abgestreift und sich zum Knoten zusammengezogen habe. Dieses Trauma könnte auch für die ganze Wachsthumsabnormität verantwortlich gemacht werden, wie M. des Weiteren nachzuweisen sucht. P. Wagner (Leipzig).

362. **Ein Fall von allgemeiner Neurofibromatose bei einem 11jährigen Knaben;** von Dr. Berggrün. (Arch. f. Kinderhkde. XXI. 1—3. p. 89. 1896.)

B. theilt nach einleitenden geschichtlichen Bemerkungen ausführlich die Krankengeschichte und den Sektionbefund eines 11jähr. Knaben mit, der an Neurofibromen des gesammten centralen und peripherischen Nervensystems litt. Die Erkrankung ging jedenfalls vom Lendenmarke aus und ergriff alsdann das Brustmark, die Haut- und Muskelnerven, die Gehirnnerven, während die eigentliche Gehirnmasse verschont blieb. Bemerkenswerth ist, dass sich in der Haut des Kr. zahlreiche Geschwulstknoten fanden, die sich bei der Untersuchung als einfache Fibrome darstellten.

In Bezug auf die Einzelheiten des sowohl klinisch, als auch pathologisch-anatomisch sehr interessanten Falles muss auf das Original verwiesen werden.

Brückner (Dresden).

363. **Ueber Defekt und congenitale Obliteration der Gallenausführungsgänge und der Gallenblase;** von Dr. O. Giese. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 2. p. 252. 1896.)

G. beschreibt ein 2monat., an ausserordentlich starker, seit dem 8. Lebenstage bestehender Gelbsucht leidendes Mädchen. Es wurde die Diagnose auf angeborenen Verschluss der grossen Gallengänge gestellt. Ein Versuch, durch einen operativen Eingriff eine Verbindung des Ductus hepaticus mit dem Duodenum herzustellen, scheiterte. Das Kind starb im Alter von 3½ Monaten, nachdem sich blutige Durchfälle vor dem Tode eingestellt hatten.

Die *Sektion* ergab eine vollständige Obliteration des Ductus hepaticus, starke Vergrösserung der Leber, Vermehrung des interacinösen Bindegewebes.

Auf Grund von 25 aus der Literatur gesammelten ähnlichen Beobachtungen bespricht G. die Ursachen des angeborenen Verschlusses der Gallengänge. Als solche kommen in Betracht vor Allem angeborene Syphilis, sodann angeborene Missbildung, Entzündung der Gallengänge. Oft ist es weder auf Grund des klinischen Bildes, noch auf Grund des Sektionbefundes möglich, zu entscheiden, welche Ursache im Einzelfalle vorliegt. In dem beschriebenen Falle war Syphilis mit Sicherheit auszuschliessen. Welche andere Ursache zu Grunde lag, ist unentschieden. G. schliesst mit einigen Bemerkungen über den klinischen Verlauf, Prognose, Diagnose und Behandlung. Die Möglichkeit einer operativen Heilung ist nicht von der Hand zu weisen. Brückner (Dresden).

364. **Beiträge zur Pathogenese und Therapie des Soor bei Neugeborenen;** von Dr. Julius Grósz. (Jahrb. f. Kinderhkde. XLII. 2. p. 177. 1896.)

G. beschreibt die Schwierigkeiten, die es kostete, um in der Tauffer'schen Klinik zu Budapest die Soorerkrankung der Neugeborenen zu unterdrücken. In der Annahme, dass die normale, physiologische Desquamation der Mundschleimhaut in den ersten Tagen nach der Geburt im Verein mit den prophylaktischen Waschungen des Mundes die Ansiedelung des Soorpilzes begünstige, wurden die Waschungen unterlassen. Sie bringen Verletzungen der Schleimhaut mit sich, führen zur Entstehung der Bednar'schen Aphthen und werden deshalb von G. ganz verworfen. Für wichtiger hält er peinliche Reinhaltung der mütterlichen Brustwarzen, bez. der Saughütchen. Trotz dieser Vorsichtmaassregeln und einer Reihe anderer Maassnahmen (besondere Wärterin für die Neugeborenen, möglichste Vermeidung der Schleimentfernung mit dem Finger bei asphyktischen Neugeborenen, Reinigung und Neuherrichtung der Räume) wurde der Soorpilz nur vorübergehend unterdrückt. Vollständige Schliessung und gründliche Reinigung der Klinik hatte keinen besseren Erfolg. Erst die Einführung prophylaktischer Pinselungen der Mundschleimhaut mit 1proc. Höllensteinlösung war im Stande, die Soorendemie einzuschränken. Auch bei der Behandlung des Soor bewährte sich das salpetersaure Silber, in 3proc. Lösung aufgepinselt, vorzüglich und wird daher von G. angelegentlich empfohlen.

Brückner (Dresden).

365. **Purpura hémorrhagique chez un nouveau-né syphilitique. Hémorrhagies gastro-intestinales. Autopsie. Ulcération de l'intestin grêle;** par J. Jolly. (Revue mens. des malad. de l'enfance XIV. p. 517. Nov. 1896.)

Ein Kind, hereditär belastet, mit 8 Monaten geboren, starb nach 27 Tagen unter multiplen Hämorrhagien der Haut und besonders starkem Blutverlust im Verdauungstractus. Im Jejunum fand sich ein sehr kleines Geschwür (0.008 × 0.005) mit steilen Rändern in die Tiefe gehend. Der übrige Sektionbefund bietet nichts Charakteristisches, eben so wenig giebt die genaue mikroskopische Untersuchung einen sicheren Aufschluss über die Natur des Geschwüres. Flachs (Dresden).

366. **Erfolgreiche Laparotomie einer rupturirten Nabelschnurhernie in der ersten Lebensstunde**; von Dr. Oscar Piering in Prag. (Prag. med. Wchnschr. XXI. 31. 1896.)

Es handelte sich um eine ungewöhnlich grosse Nabelschnurhernie mit Ruptur des Sackes und Eventration des Darmes in's Freie. Nach Erweiterung der Bruchpforte gelang die Reposition der Darmschlingen erst in tiefer Narkose und nachdem sie öfters wieder vorgefallen waren. Der Bruchsack wurde excidirt und die ganze Bauchwunde mit 12 Nähten vereinigt. Heilung per primam ohne jegliche Reaktion.

Nach dem glänzenden Erfolge dieser von Prof. Bayer in Prag ausgeführten Operation ist man nach P. berechtigt, in Zukunft unter den Indikationen zur Laparotomie beim Nabelschnurbruch auch die complete Ruptur des Bruchsackes aufzustellen.

P. stellt schliesslich folgende Grundsätze für die Behandlung der Nabelschnurhernien auf:

1) *Exspektative Behandlung:* bei Unmöglichkeit eines Eingriffes, bei Verweigerung einer Operation und bei nicht lebensfähigen Kindern. 2) *Einfache Ligatur oder Percutanligatur* (Breuss): bei gestielten Hernien, wenn die Reposition des Bruchinhaltes vollständig gelingt und keine anderen Organe, als Darm, vorliegen. 3) Die Olshausen'sche extraperitonäale Methode, namentlich die Benedikt'sche Modifikation, wenn ein Bauchdeckenspalt mit vorhanden ist, so dass sich die Hautränder nicht vereinigen lassen. 4) Die *Laparotomie* in allen anderen Fällen, und zwar besonders: wenn die Reposition wegen ausgedehnter Adhärenzen nicht gelingt, wenn sie wegen Enge der Bruchpforte nicht gelingt und schliesslich bei mässig grossem Defekt der Bauchwand.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

367. **Ueber die Pathologie der Thymusdrüse**; von Dr. Ernst Siegel. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 23. 1896.)

S. theilt die Krankengeschichte eines $2^1/_2$jähr. Mädchens mit, das an angeborener chronischer Dyspnöe mit akuten Steigerungen litt. Die Untersuchung ergab stenotische Athmung, keine Diphtherie. Nach der Tracheotomie trat keine Erleichterung ein. Es wurde daher eine Stenose der Luftröhre durch einen im Mediastinum gelegenen Tumor (vielleicht die hyperplastische Thymus) angenommen und daraufhin der Mittelfellraum von Rehn operativ eröffnet. Dann wurde die Thymus hervorgezogen und an die Fascie oberhalb des Brustbeins angenäht. Es schwand die Athemnoth sofort. Ausgang in Heilung.

An diese Mittheilung knüpft S. Erörterungen über die Entstehung und das Wesen des sogenannten Asthma thymicum. Es hat mit dem Laryngismus stridulus nichts zu thun und wäre besser als Tracheostenosis oder Bronchostenosis thymica zu bezeichnen.

Die von S. beschriebene Operation ist zum ersten Male zur erfolgreichen Behandlung des Asthma thymicum angewendet worden.

Brückner (Dresden).

368. **Tod eines 14jähr. Knaben durch Lymphosarcoma thymicum**; von Dr. Heidenhain. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 23. 1896.)

H. beschreibt einen 14jähr. Knaben, der die Erscheinungen einer Trachealstenose darbot. Nach Vornahme der Tracheotomie war die Athemnoth behoben. 6 Stunden später erfolgte der Tod. Die *Sektion* ergab eine Einknickung der Luftröhre durch den Druck einer grossen Geschwulst der Thymusdrüse (Lymphosarkom). Der Tod erfolgte wahrscheinlich durch Herzlähmung in Folge von Compression des unteren Vagus. Brückner (Dresden).

369. **A case of absence of the thymus gland in an infant**; by Alfred Clark. (Lancet Oct. 17. 1896.)

6monat. Kind, das wegen derber pastöser Schwellung der Arme und Beine in Behandlung kam. Die Untersuchung der inneren Organe und des Urins ergab nichts Besonderes. Im Verlaufe der Beobachtung nahm die Schwellung zu und es traten an 2 symmetrisch gelegenen Stellen Hautblutungen auf.

Die *Sektion* ergab linksseitige Hydronephrose und völligen Mangel der Thymusdrüse, an deren Stelle auch keine Spur von Narbengewebe zu finden war.

Brückner (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

370. **Ueber Carbolgangrän**; von Prof. Czerny. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16. 1897.)

In der Klinik Cz.'s vergeht fast kein Semester, in dem er seinen Zuhörern nicht einen Fall von *Carbolgangrän* mit eindringlicher Warnung vor dem Gebrauche wässeriger Carbollösungen vorstellen könnte. Er berichtet über 3 Kr., die zur Zeit in der Klinik liegen.

Der Carbolbrand ist immer eine trockene Mumifikation, die fast ausschliesslich an den Fingern und Zehen vorkommt. Er wird begünstigt durch die anästhesirende Wirkung der Carbolsäure, so dass die Pat. die Umschläge gern auf den früher schmerzhaften Fingern liegen lassen und sehr erstaunt sind, dass die erst grauweiss, dann schwarz gewordenen Finger abgestorben sein sollen, ohne dass sie davon eine Empfindung hatten. Begünstigend wirken für das Zustandekommen gleichzeitige Cirkulationstörungen, die durch starke Umschnürung, Entzündungen oder schwere Verletzungen entstehen. Eine sehr zarte Haut (Kinder), Blutleere und mangelhafte Herzthätigkeit erleichtern die Entstehung der Gangrän. Die Pat. Cz.'s gehören dem kräftigsten Alter an und die Verletzungen waren nicht derart, dass sie geeignet waren, Gangrän zu erzeugen. Wir müssen also die Carbolumschläge als die einzig wirkende Ursache ansehen. Während in dem 1. Falle die Concentration der angewandten Lösung nicht bekannt ist, wurde bei den 2 kräftigen Männern mit der officinellen 3proc. Carbollösung die Gangrän hervorgerufen. Freilich dauerte die Anwendung hier mehrere Tage lang. Schon Kortüm hat darauf hingewiesen, dass es weniger auf die Con-

centration, als auf die Anwendungsdauer der Carbollösung ankommt, und dass die Gangrän blos bei cirkulärer Einwickelung eines Gliedes vorkommt.

„Da somit *jede wässerige Carbollösung* unter Umständen die *Gefahr der Gangrän erzeugt, wäre es am besten, dieselbe ganz von der Anwendung zu Umschlägen auszuschliessen* und sie durch andere antiseptische Mittel, wie essigsaure Thonerde, schwache Sublimatlösungen, Borwasser, Chlorwasser oder Salicyllösung zu ersetzen."

P. Wagner (Leipzig).

371. **Die Aetiologie und die Mikroorganismen der akuten Osteomyelitis**; von Dr. E. Lexer. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 173. 1897.)

Kruske hat bereits vor 10 Jahren die Vermuthung ausgesprochen, dass neben den Staphylococcus-Arten „sich bei späteren Untersuchungen überhaupt jeder Mikroorganismus, der pyogene Eigenschaften besitzt, als fähig erweist, für sich allein eine typische Osteomyelitis herbeizuführen". Aus L.'s Untersuchungen (vgl. Jahrbb. CCLI. p. 14. 113) geht hervor, dass diese Annahme betreffs der Streptokokken, Pneumokokken und Typhusbacillen, obgleich es sich dabei weniger um typische Osteomyelitisformen handelt, richtig ist, und dass es nicht wahrscheinlich ist, dass damit die Reihe der Mikroben, die im Stande sind, Eiterung am Knochensysteme zu erzeugen, schon erschöpft ist. „Da es aber neben der pyogenen Eigenschaft eines Mikroorganismus auch auf das Verhalten desselben bei Allgemeininfektionen ankommt, so dürfen wir vom heutigen Standpunkte aus annehmen, dass diejenigen pyogenen Mikroben, welche überhaupt metastatische Infektionen hervorrufen können, d. h. solche, bei denen von der Blutbahn aus eine Verbreitung in multiplen Herden im Organismus stattfindet, auch am Knochensystem sich ansiedeln und herdförmige oder fortschreitende Eiterungen erzeugen können, die einen häufiger, die anderen seltener, theils mit Vorliebe im Knochenmark, theils häufiger in der Corticalis und dem Periost, bald an Stellen der stärksten Wachsthumsvorgänge, bald dort, wo ein Trauma oder eine vorausgegangene Infektion den Boden vorbereitet hatte."

Die Staphylokokken, besonders der Staphylococcus aureus, finden bei jugendlichen Leuten weitaus die besten Bedingungen zur Lokalisation am Knochensystem und üben hier die bösartigste Wirkung aus. Bei der Streptokokken- und Pneumokokkeninfektion sind Knochenlokalisationen bedeutend seltener, häufiger vielleicht Gelenkentzündungen, doch sind beide Arten fähig, als metastatische Processe, sowohl Periostitis als Ostitis, als Osteomyelitis im engeren Sinne hervorzurufen. Die Typhuslokalisation entbehrt in der Regel der Neigung zur weiteren Ausbreitung des entzündlichen Processes im Knochengewebe, so lange keine sekundäre Infektion mit den gewöhnlichen pyogenen Erregern hinzutritt.

P. Wagner (Leipzig).

372. **Eine Methode, um Knochenhöhlen im Femur und im Humerus durch plastische Operation auszufüllen**; von Dr. M. W. af Schultén. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 328. 1897.)

Um grosse Knochenhöhlen im Femur und Humerus sicher auszuheilen, empfiehlt Sch. folgendes Verfahren: In einer 1. Sitzung *Sequestrotomie* und *Evakuation* des Krankheitherdes unter Esmarch'scher Blutleere. Ausspülen der Höhle mit sterilem Wasser oder Borsäurelösung, Tamponade mit Jodoformgaze, Entfernung des Schlauches. Die *plastische Operation* zur Füllung der Knochenhöhle wird frühestens 3—4 Wochen nach der 1. Operation ausgeführt; die Wundhöhle muss sich gut gereinigt haben und mit frischen Granulationen ausgekleidet sein. Nochmalige Ausschabung und gründliche Desinfektion der Knochenhöhle. Nach Zurückpräparirung eines Hautlappens wird aus der Muskulatur und dem Periost ein zungenförmiger Lappen mit der Basis nach oben so gebildet, dass er die Höhle gut ausfüllt. Fixation des Lappens durch einige Catgutnähte. Naht und Tamponade der Hautwunde. Das Glied wird so gelagert und verbunden, dass die Wunde keinem Drucke ausgesetzt ist. Meist tritt unter 2—3 Verbänden reaktionlose Heilung ein, und zwar innerhalb 1—2 Monaten. Bei sehr grossen Knochenhöhlen müssen 2 Knochenlappen gebildet werden.

Sch. hat bisher 20 Femur- und 2 Humerusknochenhöhlen mittels seiner Methode behandelt. Die rasche und sichere Heilung ergiebt sich aus den mitgetheilten Krankengeschichten.

P. Wagner (Leipzig).

373. **Zur Casuistik der Nekrotomie**; von Dr. F. Neugebauer in Graz. (Wien. klin. Wochenschr. X. 11. 1897.)

Nach den Erfahrungen der Nicoladoni'schen Klinik empfiehlt N. zur schnellen Heilung von Knochenhöhlen nach osteomyelitischen Processen die *osteoplastische Methode* nach Lücke. Bei der Tibia wird nach diesem Verfahren die äussere und innere Wand der Knochenlade in einer Ausdehnung von ca. 3 cm beweglich gemacht und in die Höhle hineingeklappt. Aehnliche Methoden sind von Bier und Schultén angegeben worden. Die Erfolge, die Nicoladoni mit diesem osteoplastischen Verfahren erzielt hat, werden durch eine Reihe von Krankengeschichten dargethan; die technischen Einzelheiten des Verfahrens lassen sich im Referat nicht wiedergeben. Jedenfalls ist nicht allein in der Verkürzung der Heilungsdauer, sondern vor Allem in den dauernden Erfolgen der Werth der osteoplastischen Methode zu suchen.

P. Wagner (Leipzig).

374. **Pachydermie im Anschluss an habituelles Gesichtserysipel**; von Dr. E. P. Friedrich in Leipzig. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 2. 1897.)

Fr. beschreibt 3 von ihm beobachtete Fälle von habituellem Gesichtserysipel, das eine pachydermische, bez. elephantiastische Verdickung der befallenen Stellen, besonders der Nasenwurzel, zurückliess. 3 weitere Fälle theilt er aus der Literatur mit. Fr. sieht die Ursache in einer Verstopfung der Lymphgefässe des Krankheitherdes mit Erysipelkokken, doch kann nach Erysipel der Halsgegend die oft myxödemartige Pachydermie auch in Zusammenhang mit der Schilddrüse stehen. Die Therapie soll in erster Linie prophylaktische Gesichtspunkte verfolgen, d. h. Recidive des Erysipels zu verhüten suchen; weiterhin empfiehlt Fr. die Massage der pachydermischen Stellen, in den des Myxödems verdächtigen Fällen würden Schilddrüsenpräparate zu versuchen sein.

Radestock (Dresden).

375. **Beitrag zur osteoplastischen Deckung von Schädeldefekten**; von Prof. A. Zeller. (Festschr. d. Stuttgarter ärztl. Vereins. Stuttgart 1897. E. Schweizerbart'sche Verlagshandl. p. 244.)

Bei perforirenden Schädeldefekten wird die Lücke im Knochen nur höchst selten wieder knöchern verschlossen, sondern in der Regel tritt eine bindegewebige Narbe, eine Verwachsung zwischen Dura-mater und Haut an ihre Stelle. Diese bindegewebigen Narben sind aber für ihren Träger nicht nur höchst störend, sondern oft geradezu gefährlich. Zunächst wird durch sie das darunterliegende Gehirn in keiner Weise vor Verletzungen geschützt, so dass zu seinem Schutze metallene Platten u. s. w. über der Narbe getragen werden müssen. Von nicht minder schwerwiegender Bedeutung sind aber die Folgen der Verwachsungen des Gehirns und seiner Häute mit der Narbe. Die hierdurch hervorgerufenen Erscheinungen äussern sich in leichteren Fällen durch fortwährenden Kopfschmerz, Schwindel, Sensibilität- und Motilitätstörungen und führen in schwereren zu ausgesprochenen epileptiformen Krämpfen, ja sogar zu Zuständen, die an völligen Blödsinn grenzen.

Um solche bindegewebige Narben mit ihren Folgen zu vermeiden oder, wenn sie schon vorhanden sind, wieder zu beseitigen, stehen uns 3 Methoden zu Gebote: 1) die *Homöoplastik*, d. h. die Uebertragung von lebenden Knochenstücken des Menschen oder Thieres; 2) die *Heteroplastik*, d. h. die Einpflanzung von todtem Material, und 3) die *Autoplastik*, d. h. die Einpflanzung von Knochen desselben Individuum.

Mit allen diesen Methoden sind schon gute Erfolge erzielt worden, aber es eignet sich nicht jede für jeden Fall, und man wird im Einzelfalle stets überlegen müssen, welches Verfahren die günstigsten Aussichten bietet.

Z. hat bei einem 28jähr. Mädchen mit typischer Rindenepilepsie, bedingt durch Verwachsung einer Narbe der Kopfhaut mit dem Gehirne, diese Verwachsungen gelöst und die *Autoplastik* nach König-Müller vorgenommen. Umschneidung des narbigen Defektes, so dass eine Brücke zu seiner Ernährung stehen blieb. Oberhalb des Defektes wurde ein etwas grösserer Ersatzlappen gebildet, dessen Stiel dem des Defektlappens gegenüber lag. Der Ersatzlappen bestand aus Haut, Periost und einer oberflächlichen Knochenschale, die von der ganzen Dicke des Knochens abgemeisselt war. Nachdem beide Lappen von ihrer Unterlage abgelöst waren, wurden sie miteinander vertauscht, derart, dass der Lappen mit der Narbe an Stelle des Hautperiostknochenlappens und dieser an die Stelle des Defektes im Schädel zu liegen kam. Da sich der narbige Defektlappen aber als zu klein erwies, musste, um die Stelle des Ersatzlappens zu decken, noch ein dritter Hautlappen gebildet werden. Gute *Heilung. Seit der Lösung der Verwachsungen, d. h. seit $1^1/_2$ Jahren, ist kein epileptischer Anfall mehr aufgetreten.*

P. Wagner (Leipzig).

376. **Zur Casuistik der Cephalhydrocele traumatica**; von A. v. Bergmann in Riga. (Petersb. med. Wchnschr. XXII. 8. 1897.)

Es sind im Ganzen etwa 50 Beobachtungen von Cephalhydrocele traumatica in der Literatur niedergelegt. Das Krankheitbild ist danach ein festbegründetes und charakteristisches. Der angeborenen Meningocele gegenüber sind für die Diagnose wichtig die vorangegangene Fraktur eines Schädelknochens, meist des Seitenwandbeines (nach schwerer Geburt oder direktem Trauma), ferner die unregelmässig gezackte Beschaffenheit der Knochenränder im Bereich der Lücke, endlich ein die Peripherie der Geschwulst einschliessender knochenharter Wall.

In therapeutischer Beziehung ist zunächst Anwendung einer Compression durch Verband oder Platte zu versuchen. Tritt trotz dieser eine Zunahme der Cephalhydrocele ein, so ist ein operativer Eingriff angezeigt. Die Punktion mit nachfolgender Jodinjektion ist zu verwerfen. Nach dem Vorgange von Slajmer und Dembowski sind die Eröffnung des Sackes und die Reponirung, sowie die Deckung des Defektes durch einen König'schen Lappen der Krönlein'schen Exstirpation des Sackes mit nachfolgender Drainage vorzuziehen.

v. B. hat in einem Falle nach erfolgloser Compressionbehandlung den Verschluss des vertikal das linke Seitenwandbein durchsetzenden Spaltes dadurch herbeigeführt, dass er die beiden Knochenfragmente über dem entleerten und reponirten Cephalhydrocelensack durch Silbernähte vereinigte und die Weichtheilwunde darüber schloss. Die Heilung war eine völlig ungestörte und reaktionlose.

F. Krumm (Karlsruhe).

377. **On the replacement of a depressed fracture of the malar bone**; by Robert F. Weir. (New York med. Record LI. 10. p. 335. March 6. 1897.)

W. hat in 2 Fällen von Fraktur der vorderen Wand des Oberkiefers mit Depression des Frag-

mentes in die Highmorshöhle durch Eröffnung der Höhle oberhalb des Eckzahns vom Munde aus mittels einer eingeführten Metallsonde die verlagerten Knochenstücke in ihre richtige Lage gehoben und durch Jodoformgazetamponade darin erhalten. Es wurden durch die kleine Operation nicht nur die Störungen beim Kanen gut beseitigt, auch die kosmetische Wirkung war eine ausgezeichnete. F. Krumm (Karlsruhe).

378. **Ueber einen durch Schilddrüsenfütterung erfolgreich behandelten Fall von Myxoedema operativum**; von Dr. F. Förster. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12. 13. 1897.)

Das nach totaler Strumektomie auftretende operative Myxödem ist bisher in 6 Fällen (Kocher, Leichtenstern) erfolgreich mit Schilddrüsenfütterung behandelt worden. In den Fällen von Sonnenburg und Palleske handelte es sich um operatives Myxödem nach *partieller* Strumektomie; auch hier trat durch Schilddrüsenfütterung Heilung ein.

F. berichtet nun ausführlich über einen weiteren, im Dresdener Stadtkrankenhause beobachteten Fall. Bei dem damals 17jähr. Mädchen wurde 1882 wegen Colloidstruma die *totale Strumektomie* ausgeführt. Typisches *operatives Myxödem*. Wegen schwerer Menorrhagien wurde die Kr. *13 Jahre* später wieder in das Krankenhaus aufgenommen. Behandlung mit *Schilddrüsentabletten*. Rasche Besserung, bez. *Heilung*.

Die ausserordentlich bemerkenswerthen Einzelheiten dieses sehr genau beobachteten Falles müssen im Originale nachgelesen werden.

P. Wagner (Leipzig).

379. **Sopra un caso di estirpazione totale della laringe per carcinoma**; pel E. Sacchi. (Policlinico IV. 3. p. 49. Febr. 1897.)

Die bisher mit der Larynxexstirpation erzielten Erfolge sind nicht sehr befriedigend. Diese Operation wurde, soweit es aus der vorhandenen Literatur nachzuweisen ist, bisher in 208 Fällen ausgeführt. Von diesen endeten 73 = 35% schon in den ersten 8 Wochen und 75 im ersten Jahre nach der Operation mit dem Tode. Der üble Ausgang rührt gewöhnlich von Complikationen her, die sich der Operation anschliessen und die in einer Infektion der tieferen Luftwege durch das Herabfliessen der Sekrete bestehen. Um diese zu vermeiden, haben Thiersch und Bardenheuer empfohlen, den Operirten nach der Operation eine längere Zeit hindurch in schräger Lage mit nach abwärts gerichtetem Kopfe liegen zu lassen. Da es sich meistens um ältere und geschwächte Personen handelt, die diese unbequeme Lage kaum ertragen können, so lässt sich eine derartige Nachbehandlung in praxi kaum durchführen. S. suchte nun, wie es aus folgender Krankengeschichte hervorgeht, dem Herabfliessen des Sekretes in die Trachea in einfacherer Weise vorzubeugen.

S. R., 54 Jahre alt, bot bei der ersten Untersuchung folgenden laryngoskopischen Befund: Die Rima glottidis war in Folge einer sehr starken Infiltration der wahren Stimmbänder sehr verengt. Der Rand des rechten Stimmbandes geschwürig zerfallen. Diese Ulceration erstreckte sich weit nach abwärts. Links umgriff sie auch das falsche Stimmband und bildete im hinteren Drittel einen tiefen, kraterförmigen Substanzverlust. Die Lymphdrüsen waren vergrössert.

Dieser Befund rechtfertigte die Diagnose Carcinom, die durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde.

Es stellten sich bald dyspnoische Erscheinungen ein, die sich so sehr steigerten, dass eine Tracheotomie erforderlich wurde. Einen Monat später wurde zur Totalexstirpation geschritten und diese in folgender Weise ausgeführt: Nachdem die *König*'sche Tamponkanüle in die Trachealfistel eingeführt worden war, versuchte man, vor Beginn der Narkose festzustellen, wie weit die Trachea nach Aufblähung der Gummiblase im Stande sei, diese zu vertragen. Es zeigte sich, dass, sowie der Druck einigermaassen zunahm, die Dyspnöe sofort sehr erheblich gesteigert wurde. Daher musste die Operation ohne Kanüle ausgeführt werden. Nach eingeleiteter Narkose wurde der Kr. in die Rose'sche Lage gebracht. Dann wurde ein Vertikalschnitt gemacht, der sich vom Zungenbeine abwärts bis $^1/_2$ cm oberhalb der Trachealfistel erstreckte. Vom unteren Ende dieses Schnittes wurde schräg je eine Incision an beiden Seiten in der Ausdehnung von 6 cm ausgeführt. Dann wurde der Larynx sorgfältig isolirt, die Trachea an der Verbindungstelle der Cricoidea mit dem ersten Luftröhrenringe quer durchtrennt. Nachdem der Larynx in toto in die Höhe gehoben war, wurde dann die *König*'sche Kanüle schnell in die Trachea eingeführt und die Kautschukblase aufgetrieben. Sie wurde jetzt gut vertragen. Nun wurde der Kehlkopf vom Oesophagus isolirt und sammt der Epiglottis durch Durchschneidung der Membrana thyreo-hyoidea losgetrennt.

Zwei Tage später wurde der vordere freie Rand des Oesophagus durch Catgut mit der mittleren Aponeurose und mit der Haut des Halses vernäht, so dass die vordere auf diese Weise gedehnte Wand des Oesophagus die Pharynxwand von der Trachea trennte. Die Haut wurde sodann bis auf einen kleinen Theil vernäht, durch den eine Oesophaguskanüle eingeführt werden konnte. Diese blieb liegen. Ausserdem wurde ein Drainrohr zur Ableitung der Sekrete aus dem Pharynx eingelegt. Tags darauf wurde die *König*'sche Kanüle durch eine gewöhnliche Trachealkanüle ersetzt.

Der weitere Wundverlauf ging glatt von Statten.

Emanuel Fink (Hamburg).

380. **Ueber Cysten und cystische Tumoren der Mamma**; von Dr. F. Sasse. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 1. 1897.)

Auf Grund von 21 der v. Bergmann'schen Klinik entstammenden, genau untersuchten Fällen, sowie auf Grund der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen giebt S. eine ausführliche Darstellung der *Cysten* und *cystischen Geschwülste der Mamma*.

Abgesehen von den *Dermoiden, Atheromen* und *Echinokokken* der Mamma, kommen zunächst solche *Cysten* in Betracht, die nach einem *Trauma* oder in einer *Narbe* in dem subcutanen, bez. interlobulären Bindegewebe der Drüse entstehen, ohne jede epitheliale Auskleidung, ohne jede Beziehung zum eigentlichen Drüsengewebe selbst. Daran schliessen sich die von dem Drüsenapparate ausgehenden, eine epitheliale Auskleidung tragenden

Cysten, und zwar zunächst als die einfachsten die sogen. *Retentioncysten*, die sich entweder zur Zeit der normalen Sekretion, der *Laktation* finden, sogen. *Galaktocele*, oder auch zur Zeit abnormer Sekretion der Drüsen (Nebenbefund bei Carcinom). Von den *eigentlichen Cysten der Mamma* sind ihrer Entstehungsweise nach 2 Hauptklassen zu unterscheiden: 1) Die auf einer *chronischen interstitiellen Entzündung* beruhenden und aus einer Erweiterung der Ausführungsgänge hervorgehenden Cysten, *Mastitis chronica cystica* König, und 2) die durch eine rein epitheliale Wucherung und cystische Dilatation der Acini entstandenen multiplen Cysten der Mamma: *Polykystoma mammae*. Auf gleiche Weise entstandene Cysten finden sich oft in den gesunden Theilen einer carcinomatös entarteten Mamma.

Bei den *cystischen Geschwülsten* sind zunächst die *Bindegewebetumoren: Cystosarkom, Fibroadenom*, zu nennen; dann die epithelialen Tumoren: *Cystadenoma intracanaliculare* und *Cystadenoma circumscriptum s. tubulare* Billroth, von denen ersteres von den Wandungen der Ausführungsgänge, letzteres von den Endverzweigungen der Drüse, besonders bei jungen Leuten ausgeht.

Alle diese Geschwülste sind gutartiger Natur: das neugebildete Drüsengewebe wiederholt, wenn auch in unregelmässiger Weise, doch immer einen physiologischen Typus und das Epithel dringt nie infiltrirend in das umgebende Bindegewebe ein. Anders bei dem *Cystadenoma proliferum* und dem *Cystocarcinom*. Beide entstehen aus den Acinis unter cystischer Dilatation und beruhen auf einer jedes Maass und alle Grenzen überschreitenden Wucherung des Epithels. Abgesehen von seinem eigenthümlichen Bau unterscheidet sich das *Cystocarcinom* in nichts von einem echten, weichen Carcinom; es stellt die letzte Stufe der epithelialen cystischen Degeneration der Mamma vor.

P. Wagner (Leipzig).

381. **Beitrag zur operativen Behandlung der Phlegmonen des hinteren Brustfellraumes**; von A. Obaliński. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 50. 1896.)

O. stellt aus eigenen Beobachtungen und aus der Literatur 13 Fälle zusammen, in denen durch Resektion der Rippen in der Gegend ihres Ursprunges von den Brustwirbeln und durch Ablösung der Pleura von den Rippenköpfchen und Brustwirbeln (nach Quénu-Hartmann u. A.) der hintere Brustfellraum, der Brustabschnitt des Oesophagus oder auch die Vorderfläche der Wirbelkörper zugänglich gemacht wurden. Die Operation ist angezeigt nicht nur bei den seltenen akuten Phlegmonen des hinteren Mediastinum, sondern auch bei den akuten und chronischen Erkrankungen der Wirbelkörper, die mit Abscess- und Fistelbildung einhergehen, sowie bei Fremdkörpern im Brusttheile des Oesophagus.

F. Krumm (Karlsruhe).

382. **Du traitement des empyèmes chroniques par la décortication du poumon**; par E. Delorme. (Gaz. des Hôp. LXIX. 148. 149. 1896.)

Das Verfahren besteht in einer ausgedehnten Freilegung der Empyemhöhle und der retrahirten Lunge durch Rippenresektionen (Bildung eines umzuklappenden Lappens), Spaltung der die Lunge comprimirt haltenden, schwartigen Kapsel, stumpfer Loslösung der Lunge aus dieser Kapsel. Dabei soll sich die aus ihrer Hülle befreite Lunge oft unter den Augen des Operateurs zu ihrem früheren Volumen ausdehnen oder doch den grösseren Theil der Höhle ausfüllen. 9mal wurde die Operation theils von D. selbst, theils von anderen (Tavel, Lardy u. s. w.) mit gutem Erfolge ausgeführt, 7mal mit Misserfolg entweder weil die Ausschälung nicht gelang, oder weil die Lunge völlig atelektatisch war. Beim Vorhandensein oberflächlicher tuberkulöser Cavernen ist von der Operation abzusehen. Eine complicirende Lungenfistel wird peripherisch angefrischt und mit Catgut vernäht. Auch wenn die Ausschälung der Lunge nicht gelingt, soll durch die Thorakotomie kein Schaden entstehen.

F. Krumm (Karlsruhe).

383. **Des déformations thoraciques etc.**; par le Dr. Chapard. (Gaz. hebd. XLIII. 79. 1896.)

Ch. macht darauf aufmerksam, dass chronische Stenosen der oberen Luftwege, Tonsillarhypertrophie, Adenoidvegetationen u. s. w. häufig Veranlassung zu Deformirungen des Brustkorbes verschiedener Art geben, indem die mangelhafte Entfaltung der Lungen die Entwickelung des Brustkorbes schädigt.

Vulpius (Heidelberg).

384. **Principles of treatment of lateral curvature**; by Dr. Elliott G. Brackett. (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 10. p. 229. Sept. 1896.)

Die Ansichten von Br. über die Behandlung der Skoliose entsprechen ganz den bei uns geläufigen. Er unterscheidet zwischen nicht, bez. wenig fixen, und den durch Anpassung von Knochen und Weichtheilen fixirten Skoliosen.

Erstere erheischen Vermehrung der Gelenkigkeit und Stärkung der Rückenmuskulatur durch Gymnastik, letztere gewaltsames Redressement, dann erst Muskelübung und Festhaltung des Gewonnenen in geeigneten Apparaten.

Vulpius (Heidelberg).

385. **Measurements in spinal curvature**; by Dr. George W. Fitz. (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 10. p. 230. Sept. 1896.)

F. empfiehlt zur Messung des Wirbelsäulenverlaufes bei Skoliose die Photographie mit Zuhülfenahme eines Netzes mit quadratischen Maschen. Es können dann auf dem Bilde unter Benutzung des Netzwerkes als Maassstab die Stärke der seitlichen Ausbiegung, der Hochstand der Schulter, der Stand des Beckens u. s. w. direkt ab-

gelesen und mit späteren Aufnahmen behufs Beurtheilung des Verlaufes der Krankheit verglichen werden.

Die Torsion der Wirbel, die Grösse des Rippenbuckels bestimmt F. mit Bleidraht, dessen Biegung er auf Carton abzeichnet und aus letzterem ausschneidet.

Beide Methoden sind bei uns längst bekannt und geübt. Vulpius (Heidelberg).

386. **Ueber Wirbelsäulebrüche und deren Behandlung**; von Dr. L. Poller. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 289. 1897.)

P. berichtet aus dem Knappschaftlazareth zu Neunkirchen über 32 Fälle von *Wirbelbruch.* Meist waren die unteren Brust- und oberen Lendenwirbel betroffen, in einigen Fällen waren die Halswirbel frakturirt. Von 13 leichteren Fällen verliefen 7 ohne alle Complikationen, 6 mit geringen Symptomen einer Markverletzung. Von diesen 1—9 Monate lang in Behandlung stehenden Kranken wurden 6 völlig erwerbsfähig, 7 erhielten mässige Renten. Von 19 Kranken mit transversaler Rückenmarksverletzung starben 13 an den Folgen, 6 genasen vollständig oder doch beinahe vollständig. Die Krankengeschichten dieser 6 Genesenen werden ausführlich mitgetheilt. Bei diesen Kranken wurde in tiefer Narkose die Wirbelsäule forcirt gestreckt unter gleichzeitiger manueller Reposition der Fragmente. Extension mittels Glisson'scher Schlinge. In allen 6 Fällen handelte es sich um Wirbelfraktur mit kyphotischer Winkelstellung und schwerer Rückenmarksquetschung. Bei einem Kranken gingen nach der Streckung *sofort* alle Lähmungserscheinungen zurück, während in den übrigen Fällen das Rückenmark eine kürzere oder längere Zeit nöthig hatte, um sich von der erlittenen Quetschung zu erholen.

P. fasst seine Erfahrungen über die Behandlung von Wirbelsäulebrüchen in folgenden Sätzen zusammen: 1) Für die Einleitung einer richtigen Behandlung der Wirbelsäulebrüche mit Verletzung des Rückenmarkes ist es erste Bedingung, sich über die vorhandenen thatsächlichen, pathologisch-anatomischen Veränderungen Klarheit zu verschaffen und sich zu bemühen, eine diesen möglichst nahe kommende Diagnose zu stellen. 2) Zu diesem Behufe ist es von der allergrössten Wichtigkeit, die Entstehungsart der Wirbelsäulebrüche in jedem einzelnen Falle kennen zu lernen und deshalb eine möglichst genaue und ausführliche Anamnese zu erheben. 3) In allen Fällen von Wirbelsäulebrüchen, in denen eine sogen. Compressionfraktur mit Einknickung der Wirbelsäule nach vorn vorliegt und das Rückenmark verletzt ist, ist sofort das Redressement forcé in Narkose vorzunehmen. P. Wagner (Leipzig).

387. **A successful case of external oesophagotomy** *for tooth plate twenty two months impacted in the oesophagus, with summary of one hundred and sixty-seven operations recorded up to January 1897;* by William T. Bull and John B. Walkes. (New York med. Record LI. 16. p. 330. March 6. 1897.)

Die Besonderheit des Falles liegt darin, dass die Kr. 18 Monate lang die verschluckte Gebissplatte ohne weitere Beschwerden in ihrem Oesophagus herumtrug. 22 Monate nach dem Unfalle wurde die äussere Oesophagotomie gemacht und die Gebissplatte aus einer Schleimhauttasche der hinteren Oesophaguswand unterhalb der Incisura sterni hervorgeholt. Tamponade; Heilung nach 7 W. beendet.

Unter Ergänzung der Statistiken Fischer's und Egloff's durch 32 Fälle neueren Datums bringen B. und W. 167 Fälle von Oesophagotomia externa wegen Fremdkörper zusammen mit einer Mortalität von 24.07%.

Je weniger durch Extraktionmanöver die Oesophaguswand geschädigt ist, je frühzeitiger die Operation ausgeführt wird, um so besser ist die Prognose. Auch die Nachbehandlung ist von Wichtigkeit: Naht der Oesophaguswande nur in frischen Fällen, Tamponade der äusseren Wunde, Ernährung durch Klystiere in den ersten Tagen, dann Fütterung mit der Schlundsonde einige Tage lang.

Von der Skiagraphie erhoffen B. und W. auf Grund von Versuchen an der Leiche Vortheil für die Diagnose der Lage des Fremdkörpers, um so mehr, da es sich in der grossen Mehrzahl der Fälle nach der Statistik um Gegenstände handelt, die bei Röntgen-Durchleuchtung leicht festgestellt werden können. F. Krumm (Karlsruhe).

388. **Ein seltener Fall von Fremdkörpern im Magen. Gastrotomie. Heilung**; von Dr. Fricker in Odessa. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.)

Eine 32jähr. Kranke hatte in einem Anfalle von Geistesstörung, um sich das Leben zu nehmen, Nadeln, kleine Knöpfe und Nägel verschluckt. Da die gewünschte Wirkung ausblieb, ging sie allmählich zu grösseren Gegenständen über: Haarnadeln, Stahlfedern, Drahtstiften, Häkelnadeln, Kaffeelöffeln u. s. w. Viele von den verschluckten Sachen sollen wieder abgegangen sein. Anfangs waren die Beschwerden der Kranken gering, auch als die psychische Störung schon gehoben war; allmählich jedoch traten schwerere Erscheinungen, heftige Schmerzanfälle, Erbrechen u. s. w. auf, gegen die an verschiedenen Orten Hülfe gesucht wurde. Ueberall begegneten die Erzählungen der Kranken von Fremdkörpern in ihrem Magen dem grössten Misstrauen, um so mehr als die wiederholte innere und äussere Untersuchung nichts ergab. Pat. kam ausserordentlich herunter und verlangte dringend die Operation, um so mehr als in den letzten Tagen eine empfindliche Anschwellung in der Magengegend eingetreten war.

Incision über die Höhe der Geschwulst, taubeneigrosse Abscesshöhle, in die von hinten her eine Häkelnadel hineinragte. Perforation nicht zu finden. Freilegung der vorderen Magenwand, durch sie hindurch konnten mehrere Fremdkörper deutlich abgetastet werden.

Gastrotomie. Entfernung von 37 Fremdkörpern in einem Gewichte von insgesammt 261.85 g! Darunter befanden sich ein 7.5 cm langer Schlüssel, 2 ca. 15 cm lange Theelöffel, 1 über 20 cm lange Gabel. Der Arbeit ist eine Abbildung sämmtlicher Fremdkörper in natürlicher Grösse beigegeben. Naht der Magenwunde, Sekundärnaht der Bauchwunde. *Heilung.*

Fr. hat aus der Literatur *54 Gastrotomien wegen Fremdkörper* zusammengestellt, von denen 44 = 81.4% gut abliefen. P. Wagner (Leipzig).

389. **Three cases of ruptured gastric ulcer treated by laparotomy, suture and washing out of the peritoneum;** by Thomas H. Morse. (Brit. med. Journ. Febr. 13. 1897.)

Fall I. Operation 5 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome der Perforation; Auswaschung der Peritonäalhöhle, Heilung.

Fall II. 21jähr. Mädchen, operirt $4^1/_2$ Stunden nach Eintritt der Perforation; Milchgerinnsel und Bouillon in der Bauchhöhle, Naht, Auswaschung des Peritonaeum, Heilung.

Fall III. 22jähr. Mädchen, operirt 24 Stunden nach Eintritt der Perforation; Gas, Milchgerinnsel, gallig gefärbte Flüssigkeit in der Bauchhöhle, Auswaschung. Tod im Collaps wenige Stunden später.

M. betont die Wichtigkeit einer frühen und bestimmten Diagnose für den Erfolg der Laparotomie. Die Schwere und der plötzliche Eintritt der Collapserscheinungen nach voraufgegangenen Magenbeschwerden machen die Diagnose leicht.

F. Krumm (Karlsruhe).

390. **Ett par kasuistiska meddelanden från Ulfsparre-Hägerflychtska lasarettet i Eksjö;** af Axel Enrén. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 279. 1897.)

1) *Magenkrebs mit Pylorusstenose; Gastroenterostomia posterior mit Murphy's Knopf; guter Ausgang.*

Die 58 Jahre alte Pat. hatte neben anderen Symptomen von Magenkrebs einen ziemlich beweglichen Tumor ungefähr von der Grösse eines Apfels im Epigastrium, etwas nach links von der Mittellinie, und kam immer mehr herab. Am 22. Juni 1896 wurde die Gastroenterostomia posterior gemacht. Die Geschwulst befand sich am Pylorustheile und war an der Leber angelöthet. Die Operation verlief ohne grosse Schwierigkeit, nur zeigte die Schleimhaut bei der Anlegung des Knopfes etwas Neigung vorzuquellen.

Der Verlauf war gut, nur ergoss sich einige Wochen lang die Galle zum grössten Theile in den Magen; doch war am 25. Tage nach der Operation der Knopf noch nicht abgegangen, fand sich auch nicht in der Ampulla recti, selbst bis zum 59. Tage war der Abgang des Knopfes nicht festgestellt worden. Der Allgemeinzustand besserte sich und die Kranke befand sich noch 7 Monate nach der Operation relativ wohl.

2) *Zerreissung des Ileum; septische Peritonitis; Laparotomie mit Darmnaht; Ausspülung der Bauchhöhle und Drainage; Tod.*

Ein 25 Jahre alter Arbeiter in einem Sägewerke bekam am 16. April 1896 Abends in aufrechter Stellung von einem Brete mit der Breitseite einen heftigen Schlag an den Unterleib, besonders an die rechte Seite, ungefähr $^1/_2$ Stunde nach einer reichlichen Mahlzeit. Er sank sofort halb bewusstlos zusammen, hatte heftigen Schmerz in der linken Seite des Bauches und erbrach mehrere Male; er wurde in seine $^1/_8$ Meile entfernte Wohnung gebracht. Der sofort herbeigerufene Arzt fand ihn mit kleinem Puls (ungefähr 100 Schläge), bei jedem Athemzuge über Schmerz in der linken Seite des Bauches jammernd. Der untere Theil des Unterleibes, besonders links, war äusserst empfindlich, der Perkussionschall war gedämpft tympanitisch, über der empfindlichsten Stelle matt. Wiederholt stellte sich Erbrechen ein, Harn ging nicht ab. Bei der Aufnahme am 17. April Nachmittags hatte der Puls 136 Schläge in der Minute und stieg bis zu 156 Schlägen. Der Bauch war aufgetrieben, stark tympanitisch.

Nachmittags $^1/_2$5 Uhr (21 Stunden nach dem Unfalle) wurde die Laparotomie nach einem Schnitte an der linken Seite von oben mit unten, ziemlich parallel mit dem Rande des Rectus, gemacht. Das Peritonaeum parietale fand sich verdickt und stark injicirt; bei Eröffnung der Bauchhöhle rann ziemlich dicke Flüssigkeit mit fäkalem Geruche aus. Die Därme waren stark injicirt, stellenweise durch dicke, gelblich weisse Pseudomembranen verklebt, zwischen ihnen drangen Gase mit stark fäkalem Geruche hervor. Der Riss, der nach vorsichtigem Suchen gefunden wurde, verlief quer und klaffte, er befand sich mitten zwischen der Mesenterialanheftung und umfasste mehr als die Hälfte des Darmes, die Ränder waren dick, mit geschwollener, vorquellender Schleimhaut, die Serosa in der Nähe des Risses war rund um den Darm herum rostbraun, aber nicht missfarbig. Nach leichter Auffrischung der Wundränder wurde eine fortlaufende Schleimhaut- und Serosanaht angelegt und zur Verstärkung wurden einige Knotennähte angebracht. Die Bauchhöhle wurde so sorgfältig wie möglich mit sterilem Wasser ausgespült, die genähte Stelle mit einem Jodoformgazestreifen bedeckt, der durch den oberen Theil der Bauchhöhle, wo die Darmschlinge mit einigen Suturen angeheftet wurde, nach aussen geleitet wurde. Ausserdem wurde noch Drainage durch Röhren und Gazecompressen angebracht, die Bauchwunde wurde theilweise durch Seidennähte und Nähte von Silkwormgut geschlossen. Während und nach der Operation erfolgte wiederholt Erbrechen. Nachdem sich Pat. am Tage nach der Operation subjektiv verhältnissmässig gut befunden hatte, trotz hoher Temperatur und Pulsfrequenz, trat bei steigender Temperatur (40.8° am Morgen des 19. Aprils) und Pulsfrequenz (160) Verschlimmerung ein und gegen Mitternacht des 19. Aprils der Tod.

Bei der *Sektion* fand sich, dass die genähte Stelle ungefähr in der Mitte des Ileum lag, sie war gut geschlossen, ein anderer Riss fand sich nicht.

Walter Berger (Leipzig).

391. **Fall af diffus peritonit efter gangrenös appendicit; ovarialkystom; operation; helsa;** af K. Dahlgren. (Upsala läkarefören. förhandl. N. F. II. 4. s. 274. 1897.)

Ein 27 J. altes Dienstmädchen, das immer schwächlich gewesen war, an periodenweise auftretenden Schmerzen im Bauche mit folgenden Durchfällen gelitten hatte und eine Ovariencyste hatte, machte im Sommer 1896 einen gelinden Anfall von Appendicitis durch. In der Nacht vor der am 9. August erfolgten Aufnahme im akadem. Krankenhause zu Upsala war sie mit Schmerz im Bauch, besonders in der rechten Leistengegend, Frost und Erbrechen heftig erkrankt. Am Morgen des 11. Aug. war die Temperatur auf 38.6° C. gestiegen, der Puls hatte 136 Schläge, der Unterleib war überall empfindlich und aufgetrieben, so dass eine tiefere Palpation nicht möglich war; von der Vagina aus fühlte man im hinteren Fornix nach links eine sehr empfindliche Resistenz; nach einer Incision an dieser Stelle floss Eiter aus einer Höhle, die nach oben von der Ovariencyste abgeschlossen wurde, eine Probepunktion dieser ergab wasserklare Flüssigkeit. Danach fühlte sich Pat. sehr erleichtert, namentlich nachdem nach einer Darmausspülung Gase in reichlicher Menge abgegangen waren. Die Empfindlichkeit, der Schmerz und die Spannung im Leibe blieben aber unverändert.

Bei der am 12. August ausgeführten Operation fand man nach einem Schnitte in der Mittellinie zwischen Nabel und Symphyse die Dünndärme, das Coecum und Colon ascendens ausgedehnt, lebhaft geröthet und verschiedentlich durch dicke, gelbweisse Beläge verlöthet; ausgedehnt waren diese Beläge vorhanden am Dünndarmmesenterium und am Coecum, sie hafteten fest an der Serosa und konnten nur theilweise entfernt werden. Bei der Lösung der Dünndarmschlingen von einander flossen grosse Mengen von dünnem, graulich weissem Eiter ab, der Becken und linke Bauchhöhle füllte; in der Umgebung des Colon ascendens hatte der Eiter eine schmutzig graue Farbe. Die Bauchhöhle wurde mit physiologischer Koch-

salzlösung von Körpertemperatur ausgespült, bis die Flüssigkeit klar wieder ablief; dazu waren ungefähr 40 Liter erforderlich. Der Processus vermiformis, der festgelöthet im kleinen Becken lag und zu dessen Freimachung der Bauchschnitt durch einen fast den ganzen Rectus durchdringenden seitlichen Schnitt erweitert werden musste, wurde mit einer im Winkel gebogenen Zange so nahe wie möglich am Colon gefasst und abgeschnitten; er war gangränös und zeigte eine erbsengrosse Perforation. Eine Cyste im Becken liess sich nicht nachweisen. Von der Bauchwunde wurde nur der obere Theil des Längsschnitts genäht, um die liegenbleibende Zange wurden Tampons aus Jodoformgaze in die Tiefe gelegt und links zwischen die Darmschlingen ein Glasrohr.

Nach der Operation nahm die Absonderung aus der Wunde bald ab, am 14. August trat zum ersten Male spontane Darmentleerung ein, die vorher durch Eingiessungen erzielt wurde. Am 15. wurde das Glasrohr entfernt, bei Ausspülung zeigte sich kein Eiter mehr. Am 16. wurden die Zange entfernt und einige Tampons durch neue ersetzt, am 19. geschah dies mit allen. Nebenbei wurde durch geeignete Behandlung Hebung der Kräfte angestrebt. Die Temperatur war meist etwas erhöht. Am 26. August wurden, da die Temperatur seit einigen Tagen gestiegen und Empfindlichkeit an der Stelle der Ovariencyste eingetreten war, diese sammt dem Ovarium von der Vagina aus entfernt. Der Verlauf war gut, eine unbedeutende Fäkalfistel, die sich gezeigt hatte, schloss sich nach einigen Tagen, die Kr. konnte im October ausser Bett sein und wurde bald geheilt entlassen.

Als Ursache der Peritonitis ist entweder die Appendicitis oder eine Stieldrehung der Ovariencyste zu betrachten, für erstere spricht die überstandene Appendicitis und die Lokalisation des Schmerzes in der rechten Leistengegend zu Anfang der Krankheit. Den Schnitt in der Mittellinie wählte D. statt des Schnittes über der rechten Fossa iliaca theils, weil die zuerst auftretende Lokalisation im Becken andeutete, dass der Processus vermiformis medial am Coecum sass, theils um bessere Uebersicht über die Bauchhöhle zu haben und diese besser drainiren zu können. Von einer früheren Exstirpation der Ovariencyste stand D. ab wegen des schlechten Zustandes der Kranken, der eine rasche Beendigung der Operation wünschenswerth machte.

Walter Berger (Leipzig).

392. **Von der Behandlung akuter Perforations-Peritonitis nach Appendicitis, nebst Beschreibung eines Falles mit glücklichem Ausgang**; von Björn Floderus. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 1. p. 55. 1897.)

Fl. berichtet über eine *akute Perforationsperitonitis nach Appendicitis*, bei der Lennander 100 Stunden nach Beginn der Erkrankung, 50 Stunden nachdem eine mehr diffuse Empfindlichkeit im Bauche sich eingefunden hatte, operirte. Die genaue *Diagnose* lautete bei dem 25jähr. Kr.: *Appendicitis acuta gangraenosa cum perforatione; Periappendicitis purulenta; Peritonitis serofibrinosa septica diffusa.* Der Wurmfortsatz wurde herausgenommen, die Wundhöhle tamponirt und drainirt. *Heilung.*

Der trotz des drohenden Zustandes so überaus glückliche Erfolg dürfte sowohl der gewiss ungewöhnlich grossen Widerstandsfähigkeit des Kranken, wie auch der von Lennander in derartigen Fällen stets angewandten rationellen und consequent durchgeführten *Nachbehandlung* zuzuschreiben sein: Anregung der Herzthätigkeit durch Digitalis; Kampherinjektionen; Nährklystiere von 15 g Traubenzucker, 3 Esslöffel Cognak, 10 Esslöffel Wasser; subcutane Kochsalzinjektionen. Möglichst schnelle Entfernung der Infektionstoffe aus dem Körper durch Anregung der Diurese und Peristaltik (2stündl. 0.05—0.1 Calomel); möglichste Vermeidung von Opium und Morphium.

P. Wagner (Leipzig).

393. **Ein Fall von Laparotomie wegen Invagination bei einem 8 Monate alten Kinde;** von Dr. P. Poppert. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16. 1897.)

P. operirte ein *8monatiges Kind* mit den typischen Erscheinungen der *Invagination*: wurstförmige Geschwulst, deren Ende vom Mastdarme aus fühlbar war; blutig schleimige Stühle. *Laparotomie* 48 Stunden nach Beginn der Erkrankung. Es gelang, den ineinander gestülpten Darmtheil zu entfalten und die Operation rasch zu vollenden. Nur diesem Zustande war es zuzuschreiben, dass der kindliche Organismus, der durch das häufige Erbrechen und die Schmerzanfälle schon bedenklich geschwächt war, den Eingriff glücklich überwand.

Unter 26 operirten Kindern unter 1 Jahre sind nur 4 geheilt; bei allen 4 war die Desinvagination möglich.

P. Wagner (Leipzig).

394. **Kann Darminhalt in der menschlichen Bauchhöhle einheilen?** von Dr. M. Askanazy. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 35. 1896.)

Frühere Beobachtungen, insbesondere ein von A. schon anderweit mitgetheilter Befund, lehrten die Thatsache kennen, dass aus dem verletzten Darmkanale austretendes Meconium im Peritonaeum einheilt und verkalkt. A. berichtet jetzt über einen Fall, der zeigt, dass auch im späteren, extranterinen menschlichen Leben Darminhalt unter Umständen in der Bauchhöhle einzuheilen vermag.

Ein 48jähr. Arbeiter wurde von einem Pferde an den Unterleib geschlagen. Der Schlag bewirkte eine Zerreissung des Coecum, an die sich eine chronische Peritonitis anschloss: Bindegewebige Adhäsionen der Peritonäalblätter und der Darmschlingen untereinander, zwei abgesackte peritonäale Abscesse in der rechten Fossa iliaca und im linken Hypochondrium; Abscesse in Milz und Leber; Durchbruch eines Leberabscesses in die rechte Pleurahöhle, Empyem. Schliesslich Bronchopneumonie und eitrige Meningoencephalitis. Tod 3 Mon. nach dem Hufschlage.

Im Eiter aller Abscesse Streptokokken. Es fielen Knötchen an den Peritonäalblättern und den peritonitischen Verwachsungen auf, leicht abgeplattete, öfters gestielt aufsitzende, ziemlich feste Gebilde, die „Fremdkörperknötchen“ darzustellen schienen und in der That, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, ihren Ursprung der Einkapselung ausgetretenen Darminhaltes verdankten.

A. schildert ausführlich die histogenetischen Erscheinungen, unter denen die Einheilung vor sich ging, und entwickelt die Bedingungen, unter denen ein solches Vorkommniss überhaupt eintreten kann. Die Einheilung braucht in erster Linie Zeit, also wird sie entschieden durch diejenigen Umstände begünstigt werden, die es zu einer akuten septischen Peritonitis nicht kommen

lassen. Quantität und Qualität des austretenden Darminhaltes sind von Bedeutung, seine Consistenz und vor Allem der gerade bestehende Zustand seiner Infektiosität. Es erscheint A. nicht ausgeschlossen, dass ein derartiger Process einmal vollkommen zur Ausheilung gelangt.

Patzki (Leipzig).

395. **Ueber Fremdkörpertuberkulose des Peritonaeums bei uniloculärem Echinococcus**; von Dr. F. de Quervain. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 1. 1897.)

Als Folgen der Entleerung einer Echinococcuscyste in die Bauchhöhle, sei es in Folge von Spontanruptur, sei es bei Anlass eines operativen Eingriffes, werden gewöhnlich angeführt: Peritonitis bei vereitertem Echinococcus, Vergiftung bei Idiosynkrasie des Kranken gegen die Cystenflüssigkeit und multiple Neubildung von Echinokokken bei Vorhandensein von lebensfähigen Tochterblasen oder Brutkapseln in dem Cysteninhalt.

Ausserdem aber haben Guillebeau beim *Echinococcus multilocularis*, sowie Kruckmann und Lehne in einem Falle von geplatztem *uniloculären Echinococcus der Rückenmuskulatur* ausgesprochenste *Fremdkörpertuberkulose* gefunden. Ueberall, wo Echinococcusmembranen und -Flüssigkeit hingelangt waren, kam es zur Ausbildung von Granulationgewebe und grossen Fremdkörperriesenzellen. Auch de Qu. konnte bei einem 19jähr. Kr., bei dem es 4 Wochen vor der Operation zur Zerreissung eines uniloculären Leberechinococcus gekommen war, im Peritonaeum Veränderungen nachweisen, die mit denen der bacillären Tuberkulose die grösste Aehnlichkeit hatten. Dem genauen histologischen Befunde sind im Originale mehrere Abbildungen beigegeben.

Klinisch verhält sich die Echinokokkentuberkulose des Peritonaeum wohl nicht anders wie jede aseptische Fremdkörpertuberkulose; im Gegensatze zu der Aussaat lebensfähigen Materials ist sie nicht progressiv. Der einzige Umstand, der, so weit man aus einer einzigen Beobachtung schliessen darf, klinische Bedeutung haben könnte, ist die Bildung von Adhäsionen.

So weit wir bis jetzt urtheilen können, ist die Echinokokkenfremdkörperperitonitis die gutartigste Folge der Cystenruptur und für den Kranken wohl (in leichten Fällen wenigstens) bedeutungslos. Nicht ohne Bedeutung ist dagegen ihre Kenntniss für den Chirurgen in diagnostischer Hinsicht.

P. Wagner (Leipzig).

396. **Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose**; von Prof. H. Braun. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 8. 1897.)

Bei einem 38jähr. Kr. hatte B. vor 5 Jahren wegen gangränöser Hernie einen Anus praeternaturalis angelegt und diesen 9 Tage später durch Darmresektion mit nachfolgender Enteroanastomose wieder geheilt. In den nächsten Jahren zeitweise Leibschmerzen, die in den Bereich der Narbe verlegt wurden. Fast 5 Jahre nach der Operation plötzlich schwerster *Ileus. Laparotomie.* Entsprechend der Anastomose bestand ein *grosser Mesenterialschlitz*, durch den von rechts oben her ein ca. 2—2¼ m langer Theil des Dünndarms durchgekrochen war und um ca. 180° gedreht erschien. Lösung des Darmes, Schluss des Schlitzes durch fortlaufende Naht. *Heilung.*

Auf Grund dieser Beobachtung, sowie der Fälle von Körte und Heidenhain wird man unbedingt die Forderung aufstellen müssen, „dass in allen Fällen, in denen nach Darmresektion die Enteroanastomose gemacht wird, ebenso wie dies bei der cirkulären Darmnaht geschieht, jedesmal der Schlitz im Mesenterium vollkommen geschlossen werden muss, um der Möglichkeit einer inneren Einklemmung an dieser Stelle vorzubeugen“.

P. Wagner (Leipzig).

397. **Das multiloculäre Kystom des Netzes**; von A. v. Bergmann. (Petersb. med. Wchnschr. XXII. 3. 1897.)

50 Jahre alter Mann, seit 1½ Jahren erkrankt mit zunehmender Schwellung des Leibes. Die Untersuchung ergab eine gleichmässige Ausdehnung des Leibes mit 108 cm Umfang in der Nabelgegend, keinerlei Tumoren waren durchzufühlen. Durch zweimalige Punktion wurden im Ganzen 6400 ccm blutig gefärbter Flüssigkeit entleert, ohne dass die Ursache des angenommenen Ascites festgestellt werden konnte. Urin frei von Eiweiss und Zucker. Lungen- und Herzbefund normal.

Die *Laparotomie* ergab einen mächtigen cystischen Tumor, oben fest angelöthet, nach allen übrigen Seiten frei beweglich, nebenbei geringen Ascites. Durch Punktion an mehreren Stellen wurde seröse Flüssigkeit im Strahle entleert, der Tumor wurde verkleinert, aus der Bauchhöhle entwickelt, die ihm anhaftenden Netzstränge wurden abgebunden. An der grossen Curvatur des Magens nahe dem Pylorus war der obere Pol des Tumor fest verwachsen und die Auslösung hier nur durch Resektion der Magenwand in einer Längsausdehnung von 7 cm möglich. Schluss der Magenwunde durch Etagennähte. Vom grossen Netze waren nur noch die abgebundenen Stümpfe am Colon transvers. und an der grossen Curvatur vorhanden. Bauchnaht. Heilung.

Der Tumor bestand aus einer mehrkammerigen Cyste genau von dem Aussehen eines Ovarialkystoms. Gesammtinhalt 9 Liter klarer, dunkelgelber, nur in der vordersten Cyste hämorrhagisch gefärbter Flüssigkeit. Am oberen Pole Verdickung der Cystenwand, maligne Entartung. Schleimhaut frei.

Mikroskopische Diagnose: Endotholioma carcinomatosum.

F. Krumm (Karlsruhe).

398. **Chylous cyst of mesentery: operation, recovery**; by J. O'Connor. (Brit. med. Journ. Febr. 13. 1897.)

41jähr. Pat. Seit 2 Jahren besonders Morgens Uebelkeit, Foetor ex ore, ausstrahlende Schmerzen in den unteren Partien des Leibes. Vor einem Monate nach Herabspringen von einem Wagen starker Schmerzanfall, Geschwulst unterhalb vom Nabel zum ersten Male bemerkt. Die Untersuchung ergab in der Medianlinie zwischen Nabel und Symphyse einen gut abgrenzbaren gespannten, fluktuirenden Tumor, beweglich, ungefähr in der Grösse einer Cocosnuss. Palpation schmerzhaft, Perkussionschall gedämpft. Temperatur normal. Die übrigen Organe gesund.

Laparotomie: Grosse Cyste im Mesenterium. Enucleation unmöglich. Punktion, Excision der vorderen Hälfte der Wand, Vernähung des Restes der Wand mit der Peritonäalwunde, Tamponade mit Jodoformgaze.

Völlige Heilung. Die mikroskopische Untersuchung des Cysteninhaltes ergab gewöhnlichen Chylus.

F. Krumm (Karlsruhe).

399. **Contribution à l'étude, des indications de la cholécystostomie et de la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire**; par le Dr. F. Lejars. (Revue de Chir. XVI. 9. 1896.)

Gleich der Mehrzahl der deutschen Chirurgen bevorzugt auch L. die *Cholecystostomie* vor der *Cholecystektomie*. Nur wenn die Gallenblasenwand selbst schwere Veränderungen zeigt, oder wenn, wie nur selten beobachtet wird, die Gallenblase allein die Bildungsstätte der Conkremente ist, ist ihre partielle oder totale Exstirpation angezeigt. Die Vorzüge der *Cholecystostomie* liegen einmal darin, dass sie eine dauernde Ableitung der Galle aus der Gallenblase und bis zu einem gewissen Punkte aus dem ganzen Gallengangsystem ermöglicht und dadurch eine sekundäre Entleerung von Steinen und eine Entleerung infektiöser Galle gestattet. Ferner können die Gallengänge katheterisirt werden; endlich aber ermöglicht die Erhaltung der Gallenblase „une dérivation ultérieure, cutanée, intestinale ou stomacale qui préviendrait la cholémie".

L. berichtet ausführlich über 5 *Cholecystostomien* (0 gest.) und 4 *Cholecystektomien* (0 gest).

P. Wagner (Leipzig).

400. **Exstirpation einer krebsigen Gallenblase**; von Prof. L. Heinrich Heidenhain in Greifswald. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.)

H. hat bei einer 61jähr. Frau mit Erfolg die *krebsige Gallenblase exstirpirt*. Die klinische Diagnose lautete auf *Cholecystitis durch Steine*; die kleinen Unebenheiten und Höcker auf der Oberfläche der kugelig vorgewölbten Gallenblase wurden mit Recht als Netzadhäsionen angesprochen. Ausserdem war der *Fundus der Gallenblase von einem fast rein intramuralen Carcinom* eingenommen. Daneben fand sich im Fundus festliegend ein fast wallnussgrosser *Stein*, in der übrigen Höhle lagen noch 84 Steine von Erbsengrösse und etwas mehr. Pat. *genas* von der Operation, zeigte aber bereits einige Monate später deutliche *Recidivknoten in der Leber*.

P. Wagner (Leipzig).

401. **Exstirpation einer Lebergeschwulst**; von Dr. J. v. Rosenthal in Warschau. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 4. 1897.)

v. R. hat bei einer 41jähr. Frau eine *vom Lobul. Spigelii der Leber ausgehende kindskopfgrosse Geschwulst* mit Erfolg exstirpirt. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als ein *Angioma fibromatodes*. *Heilung* noch 15 Monate nach der Operation festgestellt. Die klinische Diagnose war in diesem Falle auf eine Geschwulst des Omentum, möglicher Weise auch der Leber gestellt worden.

In der Literatur hat v. R. 21 Fälle von Exstirpation einer Lebergeschwulst aufgefunden.

P. Wagner (Leipzig).

402. **Un caso di actinomicosi umana primitiva del fegato**; pel Achille Boari. (Policlinico IV. 1. p. 19. Genn. 1897.)

Ein 37jähr. Mann wurde in die Klinik mit der Angabe aufgenommen, dass sein Leiden schon 2 Monate lang dauere und sich namentlich durch Fieber und stechende Schmerzen im rechten Hypochondrium bemerkbar gemacht habe. Die Untersuchung ergab, dass die rechte Thoraxseite unten vorgewölbt war. Besonders stark trat eine Stelle am Costalrande hervor. Diese, etwa faustgross, war auf Druck schmerzhaft, fühlte sich elastisch an. Die untere Lebergrenze konnte wegen allzugrosser Schmerzhaftigkeit nicht genau festgestellt werden. Eine Probepunktion ergab das Vorhandensein von Eiter, ebenso eine solche, die in der Mammillarlinie weiter aufwärts im 6. Intercostalraume ausgeführt wurde. Das Fieber war continuirlich und zeigte eine Tagesschwankung zwischen 38.0 und 39.3°. Durch ausgiebige Incision wurde der vorhandene Eiter (es waren im Ganzen ca. 500 g) entleert; er enthielt eine Menge kleiner Körner, die bei der mikroskopischen Untersuchung als Aktinomykosekörner erkannt wurden. Der weitere Verlauf war kein günstiger. Das Fieber hörte nach der Operation nicht auf und der Kr. starb 4 Monate später unter pyämischen Erscheinungen. Die pathologisch-anatomische Untersuchung zeigte eine grosse Abscesshöhle in der Leber (während die Gallenwege sich normal verhielten). Ausserdem bestanden metastatische Abscesse in den Lungen, die jedoch keine Spur von Aktinomykose darboten. Beiderseits parenchymatöse Nephritis.

Offenbar handelt es sich um eine *primäre* Aktinomykose der Leber. Auf welche Weise die Krankheit zu Stande kam, konnte mit Sicherheit nicht festgestellt werden. Da bei der Sektion eine Adhäsion zwischen dem Colon transversum und einer Dünndarmschlinge mit der Capsula hepatica festgestellt wurde, so dürfte vielleicht als wahrscheinlich anzunehmen sein, dass die Aktinomykoseparasiten aus dem Darme durch eine Ulceration direkt in die Leber eingedrungen sind.

Emanuel Fink (Hamburg).

403. **Ueber die Cysten und Pseudocysten des Pankreas und über ihre chirurgische Behandlung**; von Dr. G. Heinricius. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 389. 1897.)

H. theilt je einen Fall von *Retentioncyste* und von *Cystadenom des Pankreas* mit. Bei beiden Kr. wurde die Geschwulst mit günstigem Erfolge *exstirpirt*.

Im Anschluss an diese Beobachtungen hat H. 92 hierhergehörige Fälle von *Cysten und Pseudocysten des Pankreas* zusammengestellt und giebt auf Grund dieses Materiales eine eingehende Beschreibung der Pathologie und Therapie dieser Erkrankung. Bei der *Behandlung* kommen jetzt nur noch die zwei- und die einzeitige Incision mit Drainage und die Totalexstirpation in Frage. Durch *Incision* und *Drainage* sind sehr günstige Erfolge erzielt worden; in allen Fällen von einfachen Pankreascysten, in denen die Wand der Geschwulst keine maligne Neubildung enthält, ist diese Operation genügend, beseitigt das Uebel und kann ohne erhebliche Gefahr vorgenommen werden. Die *Exstirpation der Cyste* ist theils vollkommen, theils unvollkommen ausgeführt worden. Die vollkommene Exstirpation ist vom rein theoretischen Standpunkte aus das gründlichste Verfahren; allein die Operation ist oft unmöglich oder zu gefährlich. Die grosse Gefahr der Totalexstirpation liegt darin, dass wegen der tiefen Lage des Pankreas eine genaue Blutstillung sehr schwierig und ohne Verletzung des lebenswichtigen Organes kaum mög-

lich ist. Sehr günstig für die Exstirpation sind die gestielten Cysten. Von 13 Totalexstirpationen gingen 11, von 8 partiellen Exstirpationen 5 in Genesung aus. P. Wagner (Leipzig).

404. **Zur Technik der Splenopexis und Aetiologie der Wandermilz**; von Dr. W. Greiffenhagen in Reval. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 5. 1897.)

Gr. hat bei einer 34jähr. Kr. die *Wandermilz* von einer Lumbalwunde aus durch die Naht fixirt, und zwar mittels 3 tief durch das Milzparenchym gehender Seidennähte. 7 Monate nach der Splenopexie war die Milz unter dem Rippenbogen nicht mehr fühlbar, ihre Dämpfung an normaler Stelle vorhanden. Bei dieser Kr. waren früher *beide Nieren* durch die Naht operativ fixirt werden, und zwar ziemlich tief unten, fast auf den Darmbeinschaufeln. Hierdurch war jedenfalls der Milz ein Theil ihrer normalen Stütze genommen (ihre Superficies renalis stützt sich auf den oberen Umfang der linken Niere) und dadurch eine Disposition zur Beweglichkeit gegeben. P. Wagner (Leipzig).

405. **Sarcoma renis sinistri; nefrektomi; helsa**; af Dr. C. A. Bergh. (Hygiea LVIII. 9. s. 205. 1896.)

Eine 66 Jahre alte Frau wurde am 30. April 1895 im Länlazareth zu Gefle aufgenommen; seit 3 Jahren hatte sie an Nierenkolik gelitten, seit 2 Jahren eine kleine Geschwulst im linken Theile des Mesogastrium bemerkt, die wuchs und fast die Grösse eines kleinen Kindeskopfes erreicht hatte, sie war fest von Consistenz, nach allen Richtungen etwas verschiebbar, abgerundet, nach oben zu wurde ein Strang gefühlt. Die Kr. hatte wiederholt Schwierigkeit gehabt, den Harn zu lassen, der Harn war manchmal trübe, auch zuweilen blutig gewesen, in der letzten Zeit war er aber klar gewesen und Schwierigkeit der Harnentleerung war nicht vorhanden gewesen.

Am 6. Mai wurde mittels des schrägen Lumbalschnittes die Nephrektomie ohne grössere Schwierigkeit und mit nur unbedeutender Blutung ausgeführt. Die Kr. erholte sich schnell und die Wunde heilte fast per primam intentionem. In den ersten Tagen nach der Operation hatte die tägliche Harnmenge 300 ccm betragen, am 9. Mai 800, am 10. 850 ccm.

Die Geschwulst wurde im pathologischen Institut zu Upsala untersucht und erwies sich als Sarkom von der Art, die entweder als Angiosarkom oder als aus verirrtem Nebennierengewebe entstanden zu betrachten ist.

Walter Berger (Leipzig).

406. **50 Blasensteinoperationen**; von Dr. A. Stein. (Festschr. d. Stuttgarter ärztl. Vereins. Stuttgart 1897. E. Schweizerbart'sche Verlagshandl. p. 281.)

Die von St. ausgeführten 50 Steinoperationen wurden an 40 Kranken vollzogen; 6 Kranke mussten wiederholt operirt werden. Es handelte sich bei diesen entweder um wiederholtes Herabsteigen von Nierensteinen, die nicht spontan entleert wurden, oder um jene unglücklichen Kranken mit chronischer Cystitis und Neigung zur Bildung phosphatischer Conkremente, die sich trotz jeder Behandlung immer wieder von Neuem bilden. Von den 50 Operirten wurden 5 dem hohen Blasenschnitte, 43 der Zertrümmerung des Steines unterworfen; in 2 Fällen genügte die Einführung eines dicken Evakuationkatheters mit nachfolgender Aspiration zur Entfernung der Conkremente. 9 Kranke starben, 21 wurden dauernd von ihrem Steinleiden geheilt, bei 7 Kranken bildeten sich wiederholt Steine u. s. w.

Nach St.'s Ansicht ist die *Litholapaxie* in geübten Händen relativ ungefährlich; sie soll daher in allen Fällen angewendet werden, in denen ihre Anwendung möglich ist. Sie befreit den Kranken schnell und ohne grössere Gefahr von seinem Leiden; bei Kranken, bei denen die Operation in *einer* Sitzung beendigt werden kann, pflegt die Dauer des Krankenhausaufenthaltes höchstens 8—14 Tage zu betragen. Die Litholapaxie kann ihrer Ungefährlichkeit halber auch bei Kranken in sehr hohem Alter, oder bei Kranken, bei denen noch anderweitige Erkrankungen einen schweren blutigen Eingriff verbieten würden, vorgenommen werden. Für den *Blasenschnitt* sind folgende Fälle zu reserviren: 1) Alle Fälle, in denen die Instrumente zur Steinzertrümmerung nicht leicht in die Blase eingeführt werden können (Prostatahypertrophie, nicht zu dilatirende Strikturen). 2) Alle Fälle, in denen der Stein nicht frei beweglich ist oder in denen er in Folge seiner Lage nicht zertrümmert werden kann. 3) Alle Fälle, die durch die Grösse oder Härte des Steines für die Zertrümmerung ungeeignet sind. 4) Die Fälle von Lithiasis ganz kleiner Kinder. 5) Fälle, in denen die Capacität der Blase fast aufgehoben ist. P. Wagnor (Leipzig).

407. **Zur Casuistik und Technik der Sectio alta und der Blasennaht**; von Georg Romm. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 572. 1897.)

R. ist ein begeisterter Anhänger der *Sectio alta* und hält die Zeit für nicht mehr fern, wo diese als einzige Steinschnittmethode dastehen wird. Er hat die Sectio alta bisher in 28 Fällen ausgeführt: 25mal zur Entfernung von Steinen, 3mal aus anderen Indikationen (Krankengeschichten im Original). 4 Kr. starben; aber nur in einem Falle erfolgte der Tod in Folge der Operation oder vielmehr in Folge fehlerhafter Nachbehandlung (Unterlassung der Drainirung des Prävesikalraumes). In 24 Fällen wurde die Blasenwunde vollkommen genäht: 8mal dauernde Prima reunie. Dieser ideale Heilungsverlauf muss in jedem Falle durch die genaue Naht der Blasenwunde erstrebt werden. „Das Gelingen der Blasennaht bildet einen immensen Vortheil für den Kranken, das Misslingen derselben bringt dem Kranken keinen Nachtheil, wenn nur der Prävesikalraum drainirt worden ist. Sogar im Falle des Misslingens hält die Naht doch einige Tage und gerade in den ersten Tagen ist es sehr wichtig, den zersetzungsfähigen Harn von der Wunde fern zu halten.“ Eine sehr wichtige Vorbedingung für den Erfolg der Blasennaht scheint R. in der Eröffnung der Blase möglichst entfernt vom Blasenhalse, d. h. von dem Sphincter intern. vesicae, zu liegen. Auch die transversale Schnittrichtung ist günstiger, als die longitudinale. Das

Bequemste und Angenehmste sowohl für den Pat., als für den Arzt ist es, den Kr. vom Momente der Operation an spontan seinen Harn entleeren zu lassen. In anderen Fällen wird man sich mit dem Dauerkatheter befreunden müssen, der den Kr. zwingt, während der ganzen Zeit das Bett zu hüten, oder man muss zur Katheterisation in bestimmten Zwischenzeiten seine Zuflucht nehmen. P. Wagner (Leipzig).

408. **Beitrag zur Steinbehandlung**; von Dr. R. Kutner. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13. 1897.)

Bei einem seit seinem 7. Jahre an Harnbeschwerden leidenden 13jähr. Knaben ergab die Untersuchung ein hartes *Conkrement in der Harnröhre* kurz vor dem Sinus bulbi. Merkwürdig war das Fehlen von Harnverhaltung, obwohl das Conkrement an dieser, für eingeklemmte Harnröhrensteine ungewöhnlichen Stelle sicherlich mehrere Monate, vielleicht sogar Jahre gelegen hatte. *Zertrümmerung* des festen Oxalatsteines im Sinus bulbi. Rasche *Heilung*. P. Wagner (Leipzig).

409. **Die therapeutische Verwerthung der Elektrolyse, insbesondere bei Strikturen der Harnröhre**; von Prof. E. Lang in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. X. 7. 1897.)

Nach L.'s Erfahrungen stellt die elektrolytische Behandlung der Strikturen der Harnröhre einen wesentlichen Fortschritt dar: denn es ist von nicht zu unterschätzendem Vortheil, durch ein einfaches Verfahren auch starke Urethralverengerungen mit einem Male bis Nr. 21 Charrière erweitern zu können. Die nur wenige Minuten einwirkende Elektrolyse verursacht keine Gewebemortifikation, sondern nur unmerkliche „Decomposition" der der Strikturenelektrode anruhenden Theile. Die Elektrolyse kann natürlich nur bei nicht vollständig undurchgängigen Verengerungen angewendet werden. P. Wagner (Leipzig).

410. **Ein Fall von Aneurysma arteriovenosum ossificans traumaticum**; von W. Fick. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3 u. 4. p. 278. 1896.)

Dem 32jähr. Kr. wurde im Februar 1895 beim Holzfällen der rechte Oberschenkel zwischen zwei Baumstämmen eingeklemmt. Heftige Schmerzen, blaurothe Verfärbung der Haut, mächtige Schwellung im Bereiche der oberen Hälfte des Oberschenkels.

Im März 1895 Aufnahme. An der Grenze des mittleren und oberen Drittels des Oberschenkels an der Innenfläche undeutliche Vorwölbung, Haut vollkommen unverändert von normaler Consistenz und Verschieblichkeit, wie auch die Muskulatur. Geschwulst von länglicher Gestalt, mit dem Femur in recht fester Verbindung, von derber Consistenz, am oberen Pole dicht dem Knochen wie eine Leiste aufgelagert, weiter abwärts unter spitzem Winkel vom Knochen abstehend und in der Adduktorenmuskulatur verschwindend. Palpation schmerzhaft, desgleichen die Abduktion des Beines. Verbindung mit dem Femur fedarnd, jedenfalls aber knöchern.

Am 16. März Operation. Incision auf den Tumor, der mit der Muskulatur fest verwachsen war, Durchtrennung des Adductor longus und brevis. Blutung aus einem seitlichen Schlitz der Arterie femoralis durch Arteriennaht gestillt; Resektion eines Stückes der Vena femoralis. Schliesslich Exstirpation des Tumor unter heftiger Blutung und Unterbindung der Vasa profunda femoris am oberen Pole der Geschwulst. Offene Wundbehandlung. Der Kr. wurde im Juni 1895 geheilt mit guter Funktion des Gliedes entlassen.

Durch eingehende makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Tumor wurde erwiesen, dass es sich um eine durch das Trauma verursachte Ruptur der Arterie und Vena profunda femoris und Bildung eines Aneurysma spurium gehandelt hatte. Besonders bemerkenswerth und sehr selten ist die ausgedehnte Knochenneubildung, die sich nicht nur da fand, wo die ursprünglich rein fibröse Wand des Aneurysma mit der Linea aspera des Femur verwachsen war, sondern auch im ganzen Umfang des Aneurysmasackes, der sich zwischen Adductor magnus einerseits, Adductor longus, brevis, Pectineus und Vastus intern. andererseits entwickelt hatte.

F. konnte nur noch 3 Fälle ähnlicher Art aus der Literatur zusammenstellen. F. Krumm (Karlsruhe).

411. **Tödtliche Fettembolie in der Narkose bei Brisement forcé**; von Dr. M. Lympius in Hamburg. (Jahrbb. d. Hamb. Staatskrankenanstalten IV. p. 460. 1896.)

Bei einer 71jähr. Frau mit spitzwinkeliger Contraktur beider Kniegelenke wurde in Chloroformnarkose die langsame Streckung des einen Kniegelenkes vorgenommen, ohne dass hierbei auffällige Erscheinungen auftraten. Als die Kr. 5 Minuten später nahe am Erwachen war und zu brechen begann, wurde von Neuem Chloroform gereicht. Nach 3—4 Athemzügen hörten plötzlich Athmung und Puls auf bei mässiger Cyanose, während die Pupillen mittelweit waren. Wiederbelebung ohne Erfolg.

Die *Sektion* ergab die Blutbahn des rechten Herzens mit Fett überschwemmt. Es war keine Fraktur vorhanden, nur ein starkes subcutanes Fettpolster neben stark verfetteter Muskulatur, und es genügte hier ein mässiger, durchaus nicht brüsk ausgeführter Druck auf die flektirten Knie, bei dem die Muskeln gedehnt und das Unterhautfettgewebe nothwendiger Weise gedrückt werden mussten, um eine so massenhafte Ueberschwemmung der Blutbahn, speciell des rechten Herzens, mit Fett hervorzurufen, dass der Tod fast im Moment der Gewalteinwirkung eintrat. Die Fettembolie wirkte in diesem Falle rein mechanisch. P. Wagner (Leipzig).

412. **Zur Casuistik der Sehnentransplantation**; von Dr. O. Vulpius. (Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 16. 1897.)

V. theilt folgende Fälle von *Sehnenüberpflanzung* nach Nicoladoni mit.

1) 7jähr. Knabe mit *paralytischem Spitzfuss-Plattfuss*. Verbindung der Sehne des kräftigen Extensor halluc. long. mit der des schwachen Tibial. anticus. Es gelang, durch diese Transplantation nicht nur die Dorsalflexion des Fusses zu ermöglichen, sondern auch durch die funktionelle Reaktivirung des Tibial. anticus die zu starke Peronaeuswirkung zu paralysiren, den Plattfuss zu corrigiren.

2) 6³/₄jähr. Mädchen mit *paralytischem Klumpfuss-Spitzfuss*. Verbindung der Sehne des Gastrocnemius mit der des Peronaeus longus. Es wurde hiermit ein neuer Peronaeus aus der Wadenmuskulatur gebildet, und somit konnte die Kraft der Flexorenseite zu Gunsten normaler Extension des Fusses verwendet werden.

3) 18jähr. Mädchen mit *paralytischem Klumpfuss-Spitzfuss*. Verbindung des Gastrocnemius mit dem Peronaeus long. und Tibial. anticus. Die Nachbehandlung konnte nur 14 Tage lang fortgesetzt werden.

Das Resultat war zunächst ein durchaus befriedigendes. Der Fuss tritt mit der vollen Sohle auf, befindet sich in leicht übercorrigirter Stellung, so dass auch die Ferse

etwas Pronation zeigt, und steht im rechten Winkel zum Unterschenkel. Passiv ist weitere Hebung der Fussspitze möglich, aktiv nicht. Es kann aber weder passiv, noch aktiv der Fuss gesenkt werden. Der Versuch hierzu hat die geradezu komische Wirkung, dass gleichzeitig die Achillessehne, die Sehne des Peronaeus und die des Tibial. anticus angespannt werden. Der Gastrocnemius müht sich vergebens ab, da er ja in gewisser Weise sein eigener Widersacher geworden ist.

Es wäre möglich, dass dieses künstlich hergestellte Gleichgewicht allmählich wieder gestört wird, vorläufig wird es während der Nacht durch eine geeignete Schiene gesichert, während Tags über kein orthopädischer Apparat getragen wird.

Für den *praktischen Zweck*, eben für die Erzielung einer Muskelbalance, hat also hier die Transplantation geleistet, was sie sollte. Funktionell vollkommen konnte der Erfolg nicht werden; es ist von dem Wadenmuskel kaum zu verlangen, dass er neben der Flexion auch die Extension und die Pronation des Fusses übernimmt, dass er also gewissermaassen auf einer einzigen Saite einen funktionellen Dreiklang zu Stande bringt.

Eine völlige Restitution der gesammten Muskelaktion werden wir nach dem Ausgeführten keinesfalls immer erwarten oder beanspruchen dürfen. So viel aber kann gesagt werden, dass durch die Sehnenüberpflanzung, als mit einem einfachen Mittel, verhältnissmässig viel zu leisten ist. Unter der Voraussetzung richtiger Indikationsstellung und einer selbstverständlich reaktionlosen Wundheilung ist ein völliger Misserfolg kaum zu erwarten, selbst wenn die Nachbehandlung an Extensität und Intensität zu wünschen übrig lässt.

P. Wagner (Leipzig).

413. **Ein chirurgisch interessanter Fall von Myelom**; von Dr. K. Ewald in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. X. 7. 1897.)

E. berichtet aus der Albert'schen Klinik über einen 62jähr. Kr., bei dem sich nach einem Sturze auf die rechte Schulter eine über „apfelgrosse" Geschwulst des akromialen Endes des Schlüsselbeins entwickelte. *Klinische Diagnose*: centrales Knochensarkom. *Exstirpation*. 5 Wochen später *Tod* an Marasmus.

Histologisch erwies sich die Geschwulst als ein *Myelom* (Zahn), d. h. sie bestand aus einem dem Knochenmarke ausnehmend ähnlichen Gewebe. Ebenso wie beim Lymphosarkom ist auch beim Myelom der Ausgang ungünstig und wird durch operative Eingriffe nicht beeinflusst: rascher oder langsamer gehen die Kranken an Marasmus zu Grunde. Blutveränderungen fehlen meist; der Harn enthält fast stets reichliche Mengen Hemialbumose. P. Wagner (Leipzig).

414. **Die Bedeutung der Gesichtsfelduntersuchung für die Allgemeindiagnose**; von Dr. Schlösser. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5. 1897.)

Schl. untersuchte Kranke (Typhus, Malaria, Angina, Diphtherie, Pneumonie u. s. w.), deren Augen nicht erkrankt waren. Bei Allen wurde eine der Schwere der Schädigung des Allgemeinbefindens entsprechende concentrische Einengung des Gesichtsfeldes gefunden, die mit der Besserung des Kranken immer geringer wurde und bei wiedererlangter Gesundheit vollkommen verschwand.

Schl. weist auch auf die starke Gesichtsfeldeinengung bei den sogenannten funktionellen Störungen, bei traumatischer Neurose, Hysterie, Neurasthenie hin, wo auch tiefeingreifende Ernährungsstörungen des Gesammtorganismus vorhanden sind.

Lamhofer (Leipzig).

415. **Ueber die Beziehungen zwischen Auge und Ohr**; von Prof. Ostmann in Marburg. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 1. 1897.)

O. bespricht die physiologischen und die pathologischen Erscheinungen, die direkte oder indirekte Beziehungen zwischen Auge und Ohr erkennen lassen, und schliesst dabei die in Auge und Ohr gleichzeitig auftretenden, durch eine gemeinsame Ursache bedingten, aus. Schwere Störungen des Ohres, die von Erkrankungen des Auges ausgehen, scheinen sehr selten beobachtet zu werden. Dagegen werden bei Ohrkrankheiten auch die Augen ergriffen werden können, einerseits direkt vom äusseren, mittleren und inneren Ohre aus, und zwar vorzugsweise auf dem Wege des Reflexes oder durch Irradiation, durch Miterregung motorischer Fasern, andererseits indirekt durch Vermittelung otitischer Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. Die Nervenbahnen des Trigeminus, Facialis und Acusticus ermöglichen Beziehungen zwischen Auge und Ohr. Bei Labyrinth-Erkrankung sind die verschiedensten Augenstörungen wahrgenommen worden. Augenmuskelstörungen, Nystagmus, werden entweder vom Tonus-Labyrinth her ausgelöst oder durch eine intracranielle Folgekrankheit beim Ohrleiden. Zu erwähnen sind noch Erregungzustände des Ramus cochlearis, die bei manchen Personen die sogenannten Doppel- oder sekundären Sinnesempfindungen (Schallphotismen, Lichtphonismen) am Auge hervorrufen. Ziemlich häufig ist bei eiteriger Mittelohr-Entzündung mit dem Augenspiegel der Sehnerv entzündet gefunden worden.

Lamhofer (Leipzig).

416. **Einiges über Augenerkrankungen bei Gicht**; von Prof. A. Wagenmann in Jena. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 83. 1896.)

An einer grösseren Reihe sehr lehrreicher Krankengeschichten zeigt W., dass die Gicht als Ursache von Augenkrankheiten noch viel zu wenig berücksichtigt wird, dass eine grosse Zahl von theils leichteren, theils sehr schweren Erkrankungen der Hornhaut, der Lederhaut, der Uvea und der Netzhaut, sowie auch manchmal das Glaukom direkt auf Gicht allein zurückzuführen sind. Bei einer Kranken, bei der auch unter der Haut der Schläfe, am Oberarm u. s. w. 10-Pfennigstück grosse harte Ablagerungen zu fühlen waren, konnte W. mit dem Augenspiegel eine kegelförmige, weissliche Auflagerung auf der Aderhaut beobachten (Refraktiondifferenz zwischen der Spitze des Kegels und der Papille = 8 Dioptrien), die unter geeigneter Behandlung wieder ganz verschwand. Wenn

die Gicht als Grundkrankheit nicht länger mehr bei vielen Augenkrankheiten auszuschliessen ist, so ist es nach W. wichtig, auch die Diathese und das Initialstadium der Gicht genau zu berücksichtigen, da eine frühzeitige richtige Diagnose und Therapie oft von grossem Nutzen sind, während die gewöhnlich beliebte Darreichung von Jodkalium und anderen Mitteln gegen diese Form der Augenkrankheiten wirkungslos bleibt.

Lamhofer (Leipzig).

417. **Étude statistique sur les manifestations oculaires de la syphilis**; par le Dr. Jean Duclos. (Arch. clin. de Bordeaux V. 7. p. 306. Juillet 1896.)

Unter 10000 Augenkranken der Klinik von Prof. Lagrange in Bordeaux waren 192 Personen mit Augensyphilis. Darunter waren: 2 Schankergeschwüre der Lider und 1 Lidgummi, 1 Schanker der Bindehaut, 59mal Keratitis interstitialis (22 M., 37 W.), 48mal Iritis, 23mal Chorioretinitis, 29mal Erkrankung der Sehnerven (19 M., 10 W.), 3mal Katarakt, 13mal Lähmung der Augenmuskeln, 6mal Erkrankung der Orbita.

D. empfiehlt die subconjunktivalen Injektionen von Sublimat (1prom.) bei Augensyphilis und zieht die Injektion von Hydrarg. bijodatum bei Syphilis der Einreibungskur vor. Lamhofer (Leipzig).

418. **Maladies hérédo-syphilitiques des yeux à la deuxième génération**; par le Dr. Strzeminski in Wilna. (Sond.-Abdr. aus Recueil d'Ophthalmologie Oct. 1896.)

Bei einem 12jähr. Knaben und einem 9jähr. Mädchen trat typische Chorio-Retinitis luetica mit Glaskörpertrübung auf, die nach andauernder Inunktionkur mit Hinterlassung atrophischer Veränderungen im Augenhintergrunde, aber gutem Sehvermögen heilte. Bei beiden Geschwistern ist erworbene Lues ausgeschlossen; das ganze Bild war auch charakteristisch für ererbte Lues. Die Mutter der Kinder ist ganz gesund; der Vater hat nie eine luetische Infektion erlitten, weiss aber bestimmt, dass er im 16. Lebensjahre die gleiche Augenkrankheit gehabt habe und diese damals auf die luetische Erkrankung seines Vaters bezogen worden sei. Bei ihm fand St. ausser Veränderungen, die auf eine frühere Chorio-Retinitis areolaris deuteten, noch Hutchinson'sche Zahnbildung. Lamhofer (Leipzig).

419. **Ein Fall von luetischem Primäraffekt der Conjunctiva**; von Dr. R. Hitschmann in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 52. 1896.)

In die Augenklinik von Fuchs kam ein Droschkenkutscher mit einem charakteristischen luetischen Geschwüre der Bindehaut des oberen Augenlides, das seit 4 Wochen entzündet sein sollte. Als allein mögliche Art der Ansteckung gab der Kr. die gemeinschaftliche Benutzung eines Handtuches mit einem anderen Kutscher auf dem Droschkenstande an. Einige Wochen später traten maculöses Exanthem und grosse Condylome am After auf. Das Augenleiden heilte bei entsprechender Behandlung mit Zurücklassung eines kleinen Symblepharon.

Die mikroskopische Untersuchung eines ausgeschnittenen Stückes des Geschwürs ergab Verdickung und colloide Entartung des Epithels, Rundzelleninfiltration längs der Gefässe, zahlreiche Mastzellen, Infiltration der Gefässwände ohne Endothelwucherung.

Lamhofer (Leipzig).

420. **La kératite interstitielle dans la syphilis acquise**; par E. Valude. (Annal. d'Oculist. CXIII. 1. p. 40. Janv. 1897.)

V. bespricht nach Anführung einer Krankengeschichte den Unterschied zwischen der Keratitis bei erworbener und bei ererbter Syphilis. Der Unterschied besteht hauptsächlich darin, dass bei ererbter Syphilis die Keratitis fast immer doppelseitig, bei erworbener fast immer einseitig ist. Zweitens schreiten bei der Keratitis nach ererbter Syphilis Infiltration, Vaskularisation und schliessliche Aufhellung ruhig weiter, fast könnte man sagen, unbeirrt durch die verschiedenen Medikamente. Bei der Keratitis nach erworbener Syphilis ist die Infiltration geringer, ebenso auch die Vaskularisation; die antiluetischen Mittel wirken hier geradezu auffallend schnell.

Lamhofer (Leipzig).

421. **Affections of the eye and normal menstruation**; by Dr. Friedenwald, Baltimore. (Journ. of Eye, Ear and Throat Dis. I. 3. p. 1; Oct. 1896.)

F. berichtet über mehrere Kranke aus seiner Praxis und aus der Literatur, bei denen eine Erkrankung der Bindehaut, Hornhaut oder Regenbogenhaut, oder eine Glaskörperblutung mit solcher Regelmässigkeit unmittelbar vor oder während der sonst regelmässig eintretenden Menstruation immer wiederkehrte, dass ein Zusammenhang als sicher angenommen werden musste.

Lamhofer (Leipzig).

422. **Les lésions oculaires obstétricales**; par L. de Wecker. (Annal. d'Oculist. LIX. 1. p. 40. Juillet 1896.)

Im Anschlusse an Zangengeburten kommen zuweilen Verletzungen eines Auges und dessen Umgebung vor und mancher Fall von Strabismus, von sogenannter angeborener Lähmung des Lides oder einzelner Augenmuskeln dürfte nach der Ansicht v. W.'s auf eine Schädigung durch geburtshülfliche Instrumente zurückzuführen sein.

So sah v. W. ein Kind von 10 Tagen, dessen linke Hornhaut so getrübt war, dass auch bei focaler Beleuchtung die Regenbogenhaut nicht zu erkennen war. Das sonst gesunde grosse Kind war mit der Zange geholt worden. Unmittelbar nach der Geburt war auch das obere Lid stark geschwollen. Der Geburtshelfer hatte dem geängsteten Vater erklärt, das Augenleiden wäre intrauterin als Erbe des kranken Vaters bei dem Kinde entstanden und unheilbar. v. W., der die wahre Ursache erkannte, stellte die Prognose gut, und die dichte Trübung schwand auch unter subconjunctivalen Sublimat-Injektionen ziemlich rasch und fast vollständig.

Lamhofer (Leipzig).

423. **Embolie eines Astes der Arteria centralis retinae nach normal verlaufenem Wochenbett**; von Dr. O. Stuelp in Mühlheim a. R. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXI. p. 53. Febr. 1897.)

Eine vollständig gesunde, blühend aussehende, 24 J. alte Zweitgebärende erblindete 8 Wochen nach einer ganz normalen Geburt plötzlich Abends auf dem linken Auge, während sie ruhig am Tische sass. St. fand mit dem Augenspiegel Embolie der oberen Zweige der Netzhautarterie. Im Laufe eines Jahres hob sich das Sehvermögen auf $^{5}/_{36}$ unter Einschränkung des Gesichtfeldes und Abblassung des Sehnerven im oberen äusseren Quadranten der Papille. St. glaubt, dass von einer obliterirten Vene des Uterus sich ein Pfropf abgebröckelt und sein Endziel in dem Aste der Centralarterie gefunden habe.

Lamhofer (Leipzig).

424. **Hemianopsie bei puerperaler Amaurose**; von Dr. F. Lehmann. (Berl. klin. Wochenschr. XXXIII. 51. 1896.)

Eine 27jähr. Erstgebärende, deren Entbindung normal, ohne besonderen Blutverlust war, bemerkte 12 Stunden nach der Geburt, während der Nacht Gesichtstörungen. „Beim Anblicken ihres Mannes sieht sie die linke Hälfte seines Gesichtes gar nicht“, bald darauf unterschied sie nur hell und dunkel. Die nächsten Tage nahm das Sehvermögen bei normalem Augenspiegelbefunde wieder zu und war am 4. Tage nach der Geburt normal. Die Tage über waren Kopfschmerz, harter Puls und im Urin etwas Eiweiss vorhanden. Convulsionen waren nie aufgetreten.

L. glaubt, dass die Angaben der Frau jeden Zweifel an der Hemianopsie ausschliessen und dass somit hier eine cortikale Störung anzunehmen sei.

Lamhofer (Leipzig).

425. **Demonstration eines Falles von Haemangioendothelioma tuberosum multiplex**; von Dr. A. Elschnig in Graz. (Sond.-Abdr. aus den Verhandl. des V. Dermatologen-Congr. Wien 1896.)

Auf der Haut der Unterlider einer 30jähr. Frau waren 20 dichtgedrängte, sandkorngrosse bis stecknadelkopfgrosse Knötchen, nur mit der Haut verschiebbar, hellgelb, scharf begrenzt. Gleiche Knötchen waren noch im Gesichte und am Halse. Die Erkrankung hatte vor 4 Jahren begonnen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Krankheit wohl mit denen gleich ist, die als Lymphangiom, Cystadenom und unter ähnlichen Bezeichnungen beschrieben worden sind. E. konnte feststellen, dass die cystischen Bildungen, die eine adenomatöse oder angiomatöse Neubildung annehmen liessen, erst eine sekundäre Erscheinung, eine Folge von Degeneration in den die eigentliche Geschwulst bildenden Zellenschläuchen waren. Da die Capillaren und Gefässe der Cutie allenthalben starke Zellenproliferation zeigten, erweiterte Lymphgefässe nirgends gefunden werden konnten, so wird die Neubildung von dem Endo- oder Perithel der Blutgefässe ausgegangen sein. Lamhofer (Leipzig).

426. **On certain apparently organic tumours of the orbit which disappear under medicinal treatment**; by Sim. Snell. (Lancet Jan. 23. 1897.)

Sn. erzählt 3 Krankengeschichten, nach denen eine Geschwulst unter dem Orbitaldache sich entwickelt hatte, die bei fast absolut sicherem Ausschlusse der Annahme einer syphilitischen Infektion nach dem klinischen Befunde als Sarkom-Geschwulst diagnosticirt werden musste. Bei allen 3 Kranken trat in ziemlich kurzer Zeit unter dem Gebrauche von Jodkalium Heilung ein. Er räth daher, vor einer Operation innerliche Mittel, Jodkalium, Arsen und andere anzuwenden. Lamhofer (Leipzig).

427. **Corps étrangers oubliés dans l'orbite après exentération et même énucléation. Troubles sympathiques**; par le Dr. Dehenne. (Bull. de la Soc. anat. LXXI. 5. p. 699. Oct. 1896.)

Ein 21jähr. Mann, der auf der Jagd angeschossen worden war, wurde gleich darauf in das Hospital des Quinze-Vingt aufgenommen und dort wurde die Exenteration des verletzten Auges ausgeführt. Nach 14 Tagen, ohne Schmerzen, ohne Entzündung, stellten sich auf einmal heftige Schmerzen und die Zeichen einer sympathischen Entzündung ein. Der Stumpf wurde entfernt und dann wurde über dem Sehnerven ein Bleikügelchen gefunden, das dorthin um den Augapfel herum gelangt sein musste, da keine Perforation der Sklera gefunden wurde.

D. räth bei solchen Schussverletzungen zur Enucleation, schon deswegen, weil dadurch eine gründliche Untersuchung der Augenhöhle möglich wird.

Lamhofer (Leipzig).

428. **Ein Fall von doppeltem Cysticercus in einem Auge**; von Dr. Ed. Pergens in Brüssel. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 434. Dec. 1896.)

Im Institut ophthalmique du Brabant wurden in dem linken Auge einer 21jähr. Kleidermacherin, die keinen Bandwurm hatte, viel Salat und rohes ungekochtes Fleisch zu essen pflegte, zwei Cysticercusblasen beobachtet. Es konnten der Durchbruch durch die Netzhaut, das Vordringen in den Glaskörper, die Bewegung der mit 4 Saugnäpfen versehenen, der Hakenkrone entbehrenden (Taenia inermis) Scolices lange Zeit bis zur vollständigen Trübung der brechenden Medien verfolgt werden. Die Kranke liess sich nicht operiren. Lamhofer (Leipzig).

429. **Kyste séreux de la sclérotique**; par le Dr. Rogman. (Belgique méd. IV. 2. p. 33. Janv. 1897.)

R. giebt die histologische Beschreibung und Abbildung einer am Limbus der Hornhaut nach innen unten sitzenden, etwa 8 mm langen und mehrere Millimeter breiten Geschwulst, die in dem linken Auge eines 13jähr. Mädchens schon seit der Geburt bestand und nur in geringem Grade sich schmerzlos vergrössert hatte. Die Geschwulst war eine wirkliche Skleralcyste; andere Veränderungen des Auges bestanden nicht. Die Entstehung der Cyste bringt R. in Verbindung mit behindertem Verschlusse der Fötalspalte. Lamhofer (Leipzig).

430. **Ueber sulzige Infiltration der Conjunctiva und Sklera**; von Dr. W. Schlodtmann. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 56. 1897.)

Die in der Ueberschrift angegebene Veränderung wurde bei 3 älteren Augenkranken in der Klinik von Prof. Fuchs in Wien beobachtet. Rings um die Hornhaut sah die Bindehaut braunroth sulzig verdickt aus. Die Infiltration schritt vom Limbus allmählich nach der Hornhaut und nach der Sklera zu immer gleichmässig und durch medikamentöse Einwirkung unbeeinflusst weiter, so dass durch diese Eigenschaften der Vergleich mit einer Skleritis nicht mehr aufzustellen ist.

Das Auge eines Kranken musste entfernt werden, wodurch auch eine genaue pathologisch-anatomische Untersuchung möglich wurde. In dem Auge wurde gefunden: Pannus der Hornhaut, ungemein starke leukocytäre Infiltration des pericornealen Gewebes, in dem zahlreiche, gleichfalls einen geschlossenen Ring bildende, plexiform zusammenhängende, nekrotische Herde waren. Schwere Veränderungen waren auch im Inneren des Auges, deren Ausgangspunkt die Aderhaut war. Ueberall im Auge, wo die Entzündung besonders stark war, war eine auffallende Menge von Riesenzellen, woraus Schl. auf eine mykotische Erkrankung schliesst.

Alle 3 Kranke waren ältere Männer, während bekanntlich die Skleritis häufiger bei jüngeren weiblichen Personen gefunden wird.

Lamhofer (Leipzig).

431. **Zum Wesen des Frühjahrskatarrhs (Sämisch)**; von Prof. Schleich in Tübingen. (Med. Abhandlungen. Festschr. des Stuttgarter ärztl. Vereins zur Feier seines 25jähr. Bestehens. E. Schweizerbart'sche Verlagshandlung [E. Koch]. 1897.)

Schl. hat bei der überwiegenden Zahl seiner an Frühjahrskatarrh leidenden Kranken allgemeine Ernährungstörungen, Anämie, Leukocytose und Besserung des Augenleidens durch roborirende Diät gefunden. Schl. giebt selbst zu, dass damit noch nicht eine Gewissheit über die Ursache der eigenthümlichen Augenkrankheit gegeben ist, denn bekanntlich können auch die kräftigsten und sonst stets gesunden Kinder an Frühjahrskatarrh leiden.

Lamhofer (Leipzig).

432. **Bakteriologische Untersuchungen über den Einfluss antiseptischer Ueberschläge auf den Keimgehalt des Lidrandes und des Bindehautsackes**; von Dr. L. Bach in Würzburg. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 69. Febr. 1897.)

B. benutzte zu seinen Versuchen Sublimat 1:3000 oder 1:1000 und Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000. Er fand, dass auch lang fortgesetzte Ueberschläge nur geringen Einfluss auf den Keimgehalt haben, weswegen er für die Praxis die viel wirksamere mechanische Reinigung oder Ausspülung empfiehlt. Lamhofer (Leipzig).

433. **Weitere Untersuchungen über Asepsis und Antisepsis in der Augenchirurgie**; von Dr. E. Franke in Hamburg. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 111. 1897.)

Bach hat auf Grund seiner bekannten Untersuchungen physiologische Kochsalzlösung für genügend zur Reinigung und Desinfektion des Bindehautsackes bei Augenoperationen erklärt. Dem widerspricht Franke. Nach seinen Versuchen an Thieren und nach Cultur-Versuchen besitzt die Kochsalzlösung keine baktericide Eigenschaft, während bei Sublimatausspülung ungestörte Wundheilung nach vorheriger Kokkeninfektion ausnahmelos eintrat. Fr. empfiehlt daher mechanische Reinigung des Bindehautsackes, verbunden mit nachheriger Spülung mit Sublimat in einer Lösung, nicht stärker als 1:5000. Dadurch können wenigstens oberflächlich sitzende Mikroorganismen getödtet oder in ihrer Entwickelung gehemmt werden. Eine mässige Anwendung einer antiseptischen Lösung ist daher auch während der Operation zu empfehlen. Lamhofer (Leipzig).

434. **Typische Hornhauterkrankung bei Anilin-Färbern**; von Dr. A. Senn in Wyl. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXVII. 6. p. 161. 1897.)

Bei einer ziemlich grossen Anzahl von über 40 Jahre alten Arbeitern aus einer Anilin-Färberei fand S. die Bindehaut und die Hornhaut in der Lidspalte sepiabraun verfärbt und bei näherer Untersuchung eine vollständige „Unterminirung“ des Hornhautepithels, Herabsetzung des Sehvermögens und verschiedene Symptome einer Hornhautentzündung. Veranlassung zu dieser Augenerkrankung sind die Chinondämpfe des heissen Anilinschwarzes, die aus den Bottichen aufsteigen, über die sich die Arbeiter beugen, während sie das Garn durch die dampfende Farbeflüssigkeit ziehen. In Fabriken mit guter Ventilation fand S. die Erkrankung nicht. Zur Heilung, die viele Monate beansprucht, ist vor Allem die Entfernung der Arbeiter aus ihrer Beschäftigung nöthig.

Lamhofer (Leipzig).

435. **Conjunctivitis blennorrhoica neonatorum, complicirt mit multipler Arthritis**; von Dr. M. Berenstein in Lodz. (Centr.-Bl. f. Augenhkde. XXI. p. 84. März 1897.)

Das erste Kind einer an Vaginalfluss leidenden, 19jähr. Mutter erkrankte einige Tage nach der Geburt an typischer Blennorrhöe auf beiden Augen. Im Eiter waren reichlich Gonokokken. 5 Tage nach der Augenerkrankung trat unter Fieber Schwellung des rechten Handgelenkes, 2 Tage später des rechten Kniegelenkes auf. Nach 4 Wochen heilten die Augen und etwas später auch die Gelenke. Verwendet wurden Jodpinselungen und warme Bäder. Lamhofer (Leipzig).

436. **Ueber Arthritis nach Conjunctivitis blennorrhoica**; von L. Weiss und W. Klingelhöffer. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 71. März 1897.)

Einem 35jähr. Heilgehülfen war, als er einem Tripperkranken eine Einspritzung machte, etwas Eiter in das rechte Auge gespritzt. Darauf erfolgte eine heftige Entzündung dieses Auges und etwas später eine Entzündung des rechten Kniegelenkes und des Sprunggelenkes. Auge, Knie und Sprunggelenk heilten. Der Kranke selbst hatte nie Tripper gehabt; wiederholte Untersuchung der Geschlechtstheile während der Augenkrankheit ergaben die vollständige Abwesenheit einer gonorrhoischen Erkrankung.

An diese Krankengeschichte schliessen W. und K. einen kurzen Bericht über die bisher beschriebenen Gelenkerkrankungen nach Augenblennorrhöe allein, ohne gleichzeitige Gonorrhöe der Harnröhre.

Lamhofer (Leipzig).

437. **Ueber einen Fall von infantiler Conjunctivalxerose mit Keratomalacie**; von Dr. W. Schimmelpfennig in Jena. (Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 41. 1897.)

Ein 18 Monate altes Kind mit Brechdurchfall hatte an beiden Augen Conjunctivaxerose, an einem Auge ausserdem ein grosses Hornhautgeschwür. Das Kind starb nach kurzer Zeit. Bei der Untersuchung der Augäpfel fand Sch. die Zeichen von Nekrose der Hornhaut, eine sehr grosse Anzahl von Kokken und eine geringe von Stäbchen; doch waren in den Gefässen nirgends Mikroorganismen, so dass also nur die Annahme einer ektogenen Infektion möglich war. Zu bemerken wäre noch, dass das klinische Bild der Xerosis des linken Auges des Kindes grosse Uebereinstimmung mit der bei

Erwachsenen vorkommenden und mit Hemeralopie verbundenen Form von Xerosis zeigte.
Lamhofer (Leipzig).

438. **Grass spikelet in the conjunctival sac of a child-suppuration of the cornea: collapse of the eyeball**; by H. Percy Dunn, London. (Brit. med. Journ. Jan. 30. 1897.)

D. berichtet von einem 3jähr. Kinde, in dessen Bindehautsacke eine auffallend grosse, vielzackige Gras-Spelze längere Zeit gelegen und dort starke Entzündung hervorgerufen hatte. Zugleich empfiehlt er als sehr gutes Antisepticum das Chinosol 1:1000, das nicht giftig sei, nicht ätzend und Eiweiss coagulirend wirke.
Lamhofer (Leipzig).

439. **Eine Hühnerlaus als Fremdkörper in der Cornea**; von Dr. Fischer in München. (Münchener med. Wchnschr. XLIV. 5. 1897.)

F. entfernte aus der Hornhaut einer Frau eine Hühnerlaus, die ohne Wissen der Frau zufällig in das Auge gekommen sein soll und auf der Hornhaut schon mehrere Tage fest haftete. Lamhofer (Leipzig).

440. **Le plissement cornéen et sa valeur clinique**; par L. de Wecker. (Clin. opbthalmol. III. 1. p. 2. Janv. 1897.)

In der letzten Zeit wurden wiederholt pathologisch-anatomische Untersuchnngen von Hornhäuten veröffentlicht, die die bekannten grauen Streifen nach Ulcerationen oder Operationen gezeigt hatten, und es wurde die Faltung der Descemetischen Membran (von Hess für sich allein, von Anderen bei gleichzeitigem Oedem der Hornhaut) als Ursache der Erscheinung angegeben. Zur klinischen Verwerthung stellt de W. folgende Krankheitformen auf: 1) Faltenbildung der Hornhaut in Folge eines Trauma, 2) in Folge eines Geschwüres der Hornhaut, 3) in Folge eines vom Augeninneren ausgehenden Zuges.

Am häufigsten findet man die Falten nach Extraktionen der Linse, aber nie nach einer vollständig normal verlaufenen Operation. Ob die Schnittführung, ob eine Verletzung bei der Linsen-Entbindung, eine ungleiche Aneinanderlegung und Verheilung des inneren nnd äusseren Wundrandes der Hornhaut oder der intraoculare Druck die Schuld trägt, lässt sich schwer entscheiden. Sicher ist, dass die Streifen nicht erst während der Vernarbung der Wunde, sondern schon in den ersten 24 Stunden auftreten. Wo sie auftreten, ist ein langsamerer und auch unsicherer Heilungsverlauf zu befürchten. Eine ungünstige Prognose ist auch zu stellen, wenn nach schweren Verletzungen die Streifen der Hornhaut in unregelmässigen Formen von verschiedenen Feldern auftreten. Streifen der Hornhaut bei Geschwüren der Hornhaut deuten darauf hin, dass die Descemetische Membran im Geschwürsgrunde vorgebaucht ist, eine Hernie oder ein Durchbruch zu befürchten ist, und mahnen den Arzt zur Paracentese, zum Druckverband, Eserin und anderen Vorsichtmaassregeln.

Bei Netzhautablösung bilden sich in Folge des Zuges des schrumpfenden Glaskörpers diese Streifen der Hornhaut in Form eines **Y** oder **W** mit der Spitze nach dem Hornhautrande zu. Auch hier sind diese Streifen ein Zeichen schwerer Erkrankung mit ungünstiger Prognose.
Lamhofer (Leipzig).

441. **Eine Schichtstaar-Familie, nebst Bemerkungen über diese Staarform überhaupt**; von Prof. Hosch in Basel. (Festschrift für Prof. Ed. Hagenbach. p. 1. Basel u. Leipzig 1897. Carl Sallmann.)

Von 10 Kindern eines an Schichtstaar kranken Vaters, dessen Vater wiederum das gleiche Leiden gehabt hatte, kamen 3 Töchter mit Schichtstaar auf die Welt. Aus dem Berichte hierüber ist als besonders wichtig hervorzuheben, was auch H. in seiner Erörterung über die Aetiologie des Schichtstaares betont, dass die Mutter ganz sicher das Leiden der Kinder gleich nach der Geburt beobachtet hat, und ferner. dass die 3 geistig und körperlich sehr gut entwickelten Mädchen keine Spur von abgelaufener oder noch bestehender Rhachitis zeigten. 2 Mädchen hatten ausser dem Schichtstaar noch Nystagmus, eines hatte 6 Finger an jeder Hand.
Lamhofer (Leipzig).

442. **Beiträge zur Operation des grauen Staares**; von Dr. Distler. (Med. Abhandlnngen. Festschr. des Stuttgarter ärztl. Vereines zur Feier seines 25jähr. Bestehens. E. Schweizerbart'sche Verlagsbandlung [E. Koch] 1897.)

D. beschreibt sein Operationverfahren beim grauen Staare, das mit dem von vorsichtigen Aerzten allgemein geübten vollständig übereinstimmt.
Lamhofer (Leipzig).

443. **Zur Kenntniss der Iritis toxica**; von Dr. Richard Hilbert. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXI. p. 53. 1897.)

Eine 36jähr. Frau hrachte nur eine Spur des Milchsaftes einer Pflanze in ihr Auge, worauf sich heftige Iritis mit Hypopyon und Niederschlägen auf der Membrana Descemetii und der vorderen Linsenkapsel einstellte. Die Entzündung ging allmählich vollständig zurück und es trat Heilung mit S = 1 ein. Die von einer „alten klugen Frau" zum Vertreiben von Warzen der Kranken empfohlene Pflanze war Tithymalus Cyparissias Scop., eine in ganz Deutschland wachsende Euphorbiacee.
Lamhofsr (Leipzig).

444. **Die Hutchinson'sche Veränderung des Augenhintergrundes (Retinitis circinata Fuchs)**; von Prof. Goldzieher in Budapest. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 112. 1897.)

G. hat die von Fuchs als Retinitis circinata beschriebene Ablagerung von weissen Herden im Centrum der Netzhaut schon früher unter dem Namen der Hntcbinson'schen Veränderung beschrieben und er giebt auch in dieser Abhandlung einige Krankengescbichten mit genauer Beschreibung des Augenhintergrundes. Seine Beschreibung entspricht so ziemlich vollständig der von Fuchs gegebenen: Kreisförmig angeordnete weisse Stippchen um die Maculagegend ohne Pigmentumsäumung, kein Zeichen der Entzündung an der Papille, klare brechende Medien, Blutungen aus den erkrankten Netzhautgefässen. Die Netzhautmitte

wird später atrophisch; das peripherische Sehen bleibt erhalten. Die Krankheit ist mit Arteriosklerose verhunden und beruht wahrscheinlich auf disseminirter weisser Erweichung der Retinasubstanz. Lamhofer (Leipzig).

445. **Netzhautvenenerkrankung als Ursache recidivirender jugendlicher Netzhaut- und Glaskörperblutungen**; von Dr. Otto Scheffels in Crefeld. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13. 1897.)

Sch. beobachtete bei 3 ungefähr 20 Jahre alten Mädchen und einem 21jähr. Manne ausgedehnte Glaskörperblutung und bei allen 4 Kranken an mehr oder weniger zahlreichen Stellen der Netzhaut das Bild der Perivasculitis.

Sch. macht darauf aufmerksam, dass in allen Fällen von Perivasculitis der Netzhautvenen und recidivirenden Glaskörperblutungen, in denen durch die Untersuchung weder eine Cirkulationsstörung, noch sonst eine der bekannteren Ursachen aufgefunden werden kann, an hereditäre Lues gedacht werden müsse, auch dann, wenn anscheinend in einer Familie gar keine Anhaltepunkte dafür vorliegen. Die Prognose ist immer ziemlich ernst.

Lamhofer (Leipzig).

446. **Du pronostic de la papille étranglée**; par le Dr. Eperon, Lausanne. (Revue méd. XVII. 2. p. 94. 1897.)

Unter Anführung einzelner Krankengeschichten führt E. in der vorliegenden Abhandlung aus, dass die Stauungspapille zwar im Allgemeinen von schlimmer Bedeutung für das Leben des Kranken sei, dass die Prognose aber doch noch relativ gut sei 1) bei ganz unbestimmten cerebralen Krankheiten, wie er dies einmal bei einem Kranken sah, der ausser der Stauungspapille die Zeichen der Gerlier'schen Erkrankung bot, 2) bei Stauungspapille in Folge luetischer Gehirngeschwülste, 3) bei Stauungspapille, die wahrscheinlich auf Tuberkulose beruht, und 4) bei solcher, die in Folge eines Blutergusses in der Schädelhöhle nach einem Trauma entstanden ist. Bei der Behandlung muss die medicinische möglichst der chirurgischen vorangehen.

Lamhofer (Leipzig).

447. **Ueber die Verminderung der Kurzsichtigkeit durch Beseitigung der Krystall-Linse**; von J. Hirschberg. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XXI. p. 65. März 1897.)

H. macht auf die Irrthümer in den complicirten Berechnungen der Verminderung der Kurzsichtigkeit nach der Entfernung der Linse aufmerksam und giebt einfache Berechnungsformeln. Beim linsenhaltigen Auge macht die Zunahme der Sehachse um 1 mm einen My-Zuwachs von 3 D aus, beim linsenlosen aber einen solchen von 1.5 D. Je grösser demnach die ursprüngliche Kurzsichtigkeit war, desto geringer ist der Einfluss der Sehachsen-Verlängerung nach der Operation. Nach den einfachen Formeln sind die Berechnungs-Ergebnisse in Tabellen zusammengestellt. Kurzsichtigkeit von 18—20 D wird durch Entfernung der Linse nahezu in Emmetropie übergeführt. H. fügt dem Vorhergehenden noch sehr beherzigenswerthe klinische Bemerkungen an. Er macht darauf aufmerksam, dass die bis jetzt veröffentlichten Ergebnisse gar nicht glänzend sind, viel schlechter als die bei der Operation des Altersstaares. Netzhautablösung wurde verhältnissmässig oft beobachtet. H. hat darum nur bei Personen, die wegen ihrer Kurzsichtigkeit „völlig hülflos" waren, die Entfernung der ungetrübten Linse vorgenommen. Kurzsichtigkeit von 10 D (= Nr. 4) eignet sich noch nicht zur Operation. Bei Erwachsenen macht H. die Discission und nach 4—5 Tagen einen Lappenschnitt, um die Linse zu entfernen; bei Kindern macht er nur die Discission und überlässt die Linse der langsamen Aufsaugung.

Lamhofer (Leipzig).

448. **Ueber eine eigenthümliche Form von Strabismus convergens bei Myopie und deren Behandlung durch Concavgläser**; von Prof. R. Berlin in Rostock. (Med. Abhandlungen. Festschr. des Stuttgarter ärztl. Vereines zur Feier seines 25jähr. Bestehens. E. Schweizerbart'sche Verlagshandlung [E. Koch] 1897.)

B. beschreibt eine Form von Strabismus bei Kurzsichtigkeit, die anscheinend der von v. Gräfe 1864 beschriebenen Form ähnlich ist, aber doch besondere Verschiedenheiten darbietet. Vor Allem konnte B. durch Prismenversuche feststellen, dass es sich bei seinen Kranken nicht um ein dynamisches Uebergewicht der MM. recti interni handelte, sondern dass das Schielen eine Folge gestörter Fusiontendenz war. Die Kranken sahen sofort doppelt, wenn sie nur den geringsten Versuch machten, in der Nähe zu arbeiten. Die Doppelbilder nahmen aber mit der Entfernung des Objektes nicht zu, sondern blieben gleich weit von einander entfernt, oder ihre inneren Grenzen waren übereinandergeschoben. Wurde die corrigirende oder fast corrigirende Brille vor die Augen gesetzt, so verschwanden die Doppelbilder vollständig, sowohl beim Fernsehen, als auch bei andauernder Naharbeit. Lamhofer (Leipzig).

449. **Vorschlag zur Verwendung von X-(Röntgen-) Strahlen bei einigen Formen von Blindheit**; von Dr. Emil Bock in Laibach. (Memorabilien XL. 7. p. 397. 1897.)

B., der in seinem Orte selbst nicht die Gelegenheit hat, Versuche mit den Röntgen-Strahlen an Blinden vorzunehmen, glaubt, dass für jene Blinden, deren Augenleiden hauptsächlich auf dicker Narbenbildung der Hornhaut beruht, die Erzeugung von Bildern auf der noch gesunden Netzhaut von Nutzen sein könnte. Bei denen, die früher gesehen haben, dürfte der Unterricht dadurch er-

leichtert werden. Auch die nur rasch vorübergehende Erkennung von Gegenständen kann für solche Blinde unter Umständen werthvoll sein.

Lamhofer (Leipzig).

450. **The wearing of veils, and its effects upon the eyesight;** by Dr. C. A. Wood, Chicago. (Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 23. p. 564. Dec. 1896.)

W. sah in seiner Praxis öfter, dass das Tragen von Schleiern Sehschwäche, Kopfweh, Unwohlsein u. s. w. erzeugte. Er prüfte das Sehvermögen nach Vorsetzen verschiedener im Handel vorkommender und häufig getragener Schleier und fand, dass bei allen Arten, besonders den eng- und doppelmaschigen und getüpfelten, das Sehvermögen für Ferne und Nähe ziemlich stark herabgesetzt war. Wenn W. meint, dass es doch kein Zeichen von Verstand sei, vor unseren Augen Hindernisse in der Erkennung von Gegenständen anzubringen, so ist eben zu bedenken, dass in Modesachen nicht nur e part of wisdom, sondern auch das letzte Quentchen bei den Weibern verloren geht, und all' unser Predigen daher hüben wie drüben umsonst ist.

Lamhofer (Leipzig).

451. **Beitrag zur Kenntniss der durch intensives Licht hervorgerufenen Veränderungen des Sehorganes;** von Dr. W. Zimmermann. (Med. Abhandlungen. Festschr. des Stuttgarter ärztl. Vereines zur Feier seines 25jähr. Bestehens. E. Schweizerbart'sche Verlagsh. [E. Koch] 1897.)

Z. schildert den Einfluss, den länger andauernde Insolation, Blitzlicht und elektrisches Licht auf die einzelnen Theile des Auges ausüben. Von 2 seinor Kranken wurde Insolation, von einem starkes elektrisches Licht als Ursache des Augenleidens angegeben. Bei allen dreien waren heftige Reizerscheinungen vorhanden und Trübung der Hornhaut; die Trübung der Hornhaut verschwand am schnellsten bei dem durch elektrisches Licht Geschädigten.

Lamhofer (Leipzig).

452. **Colobom beider Sehnerven ohne Spaltbildung im Uvealtractus;** von Prof. Hosch in Basel. (Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 1. p. 59. 1896.)

Ausser der genauen Beschreibung des Augenspiegelbefundes und einer farbigen Tafel enthält die Abhandlung H.'s noch einige kritische Bemerkungen über die Entstehung der sehr selten vorkommenden Colobome des Sehnerven bei sonst normalem Auge. In dem vorliegenden Falle war auch nicht die Spur entzündlicher Reste aus der Fötalzeit nachzuweisen.

Lamhofer (Leipzig).

IX. Hygieine und Staatsarzneikunde.

453. **Ueber die Bedeutung des Fleischextraktes als Nahrungsmittel und als Genussmittel;** von Dr. Carl v. Voit. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 9. 1897.)

v. V. hebt hervor, dass Fleischextrakt nur ein Genussmittel, aber kein Nahrungsmittel ist. Er enthält zwar etwas Nährstoffe, die aber bei den geringen Quantitäten, in denen Fleischextrakt genossen wird, gar nicht in Betracht kommen. Eben so wenig hat hinzugesetztes Fleischmehl irgend einen in Betracht kommenden Nahrungswerth.

Die Bovrilpräparate, die mit Fleischmehl versetzt sind, können daher auch das Fleisch durchaus nicht ersetzen. Man bezahlt in diesen Präparaten das Eiweiss nur 10—16mal theurer als im Fleisch.

V. Lehmann (Berlin).

454. **Die gesetzmässigen Beziehungen zwischen Lösungszustand und Wirkungswerth der Desinfektionsmittel;** von Dr. Scheurlen und Dr. Spiro. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.)

Als Desinfektionmittel wurden geprüft mehrere nach theoretisch interessanten Gesichtspunkten ausgewählte Quecksilberverbindungen und ausserdem Carbolsäure in verschiedenen Lösungszuständen. Die abzutödtenden Mikroorganismen waren Milzbrandsporen und Typhusbacillen als Testobjekte. Sch. und Sp. bestätigten an Milzbrandsporen, was bereits 1893 Dreser zuerst mittels Hefegährungsversuchen bewiesen hatte, dass es lösliche Quecksilberdoppelsalze giebt, die keine Desinfektionkraft mehr besitzen, Dank dem Umstande, dass das Quecksilber in anodischer Form zugegen ist, ähnlich wie das Eisen in den Ferro- und Ferricyansalzen. So kann in Form von Quecksilberhyposulfitkalium 10mal so viel Hg in Wasser gelöst enthalten sein als in 1prom. Sublimatlösung und dennoch sind die Milzbrandsporen nach 48 Stunden noch nicht getödtet. Auch diese Versuche widerlegen die weitverbreitete Annahme, dass der antiseptische und desinficirende Werth der Quecksilberverbindungen im Wesentlichen nur von dem Gehalte an löslichem Quecksilber abhänge, die Verbindung möge sonst heissen, wie sie wolle.

Die entsprechenden Verbindungen des Eisens (kathodische Form im Eisenchlorid und Eisenvitriol, anodische Form im Ferro- und Ferricyankalium), an Typhusbacillen geprüft, zeigten, dass das Eisen Anion $Fe(CN)_6$ nicht die Bakterien zu tödten vermag.

Von anderen complexen Quecksilbersalzen wurde auch das Quecksilbercyankalium an Milzbrandsporen geprüft; es besass eine geringere Desinfektionkraft als das stärker dissociirte Sublimat.

Eine ganz ausserordentliche antiseptische Wirksamkeit besitzen die metallorganischen Quecksilbersalze, z. B. HgC_2H_5Cl; sie sind allen bisher bekannten chemischen Desinfektionmitteln weitaus überlegen, denn noch in einer Verdünnung von 1 : 10000 tödten sie Milzbrandsporen im Momente der Berührung.

Principiell verschieden von den Metallsalzen, die durch Eingehen einer chemischen Verbindung

abtödten, wirkt eine andere Gruppe von Desinficientien, die bei der Desinfektion chemisch nicht gebunden werden. Hierzu gehören Chloroform, Alkohol und die Phenole; da deren Desinfektionkraft durch Salzzusatz zu ihrer Lösung sich steigern lässt, spricht dieses Faktum dafür, dass die Desinfektionkraft der Phenole an die *nicht* dissociirten Moleküle gebunden ist. Ebenso deuten Sch. und Sp. die Thatsache, dass das Phenol ausgesprochen stärker bakterientödtend wirkt als das Phenolnatrium. Während die antiseptische Kraft der Phenollösungen durch Kochsalzzusatz gesteigert wurde, wird umgekehrt diejenige der 1prom. Sublimatlösungen durch Zusatz von 20°/₀ ClNa sehr wesentlich herabgesetzt.

H. Dreser (Göttingen).

455. **Ueber das Verhalten des Chrysoidins gegen Choleravibrionen**; von Arthur Blachstein. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44. 1896.)

B. macht die höchst interessante Mittheilung, dass der 1876 von Witt und Caro entdeckte Farbstoff Chrysoidin, $C_6H_5-N=N-C_6H_3(NH_2)_2$, im Stande ist, aus einer kommabacillenhaltigen Suspension die Bacillen in Form eines grobflockigen Niederschlages quantitativ auszufällen. Merkwürdigerweise sind aber schon die Sulfosäure des Chrysoidins und das letzterem nahestehende Vesuvin wieder indifferent, eben so wie weitere 50 in dieser Richtung geprüfte Azokörper. Das Chrysoidin wirkt als *„Agglutinin“* im Sinne Gruber's specifisch zusammenballend *nur auf die echten Koch'schen Kommabacillen, als Desinficiens ist es specifisch für das Genus „Vibrio“* und steht zwischen Sublimat und Carbolsäure in der Mitte.

Obwohl das Chrysoidin ungiftig ist, bewährte es sich nach B.'s eigenen Erfahrungen *nicht als* Choleraheilmittel, da es vom Magen resorhirt und in den Nieren wieder ausgeschieden wird; es wäre noch zu versuchen, ob sich das Chrysoidin eventuell als Prophylakticum eignen würde zur Trinkwasserdesinfektion. H. Dreser (Göttingen).

456. **Einige Beiträge zur Bestimmung und hygienischen Bedeutung des Zinks**; von Prof. K. B. Lehmann. (Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 291. 1897.)

L. fütterte einen Hund längere Zeit mit Zinkcarbonat, das Thier erhielt in 335 Tagen 155.6 g Zink (pro Tag und Kilogramm 44 mg), befand sich dabei durchaus wohl, wurde dann getödtet und die Organe wurden untersucht. Am zinkreichsten war die Leber, der Zinkgehalt der Galle war ebenfalls hoch, eine weitere Zinkausscheidung findet durch die Niere und durch Blind- und Dickdarm statt. Gross war der Zinkgehalt auch in Pankreas, Milz und Thyreoidea. Die mikroskopische Untersuchung der Nieren ergab nichts Auffallendes.

Schädliche Einwirkungen des Zinkgehaltes von Nahrungsmitteln, z. B. von amerikanischen Aepfeln, sind demnach nicht anzunehmen, die praktische Hygieine wird aber ebenso wie bei Salicylsäure, Borsäure, Kupfer und anderen Conservirungsmitteln den Standpunkt vertreten, dass man thunlichst Alles vom Körper fernhalten soll, was ihm auch nur unter Umständen schaden kann, ohne ihm je nützlich zu sein.

Die Methode zur Bestimmung kleiner Zinkmengen in organischen Substanzen ist im Originale nachzulesen. Woltemas (Diepholz).

457. **Discussion sur l'assainissement de la fabrication des allumettes.** (Bull. de l'Acad. de Méd. 3. S. XXXVII. p. 141. 200. 243. 1897.)

Die Commission der Académie de Médecine kam in ihrer grossen Mehrheit zu dem Schlusse, dass die Gefahren der Zündhölzer-Industrie nur dadurch zu beseitigen sind, dass die Benutzung des weissen Phosphors verboten wird. Die Minderheit war der Ansicht, dass eine gute Ventilation der Werkstätten und eine sorgfältige Auswahl und Beaufsichtigung der Arbeiter ausreichen.

Woltemas (Diepholz).

458. **Beiträge zur Kenntniss des Meconium**; von F. C. Th. Schmidt. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 320. 1897.)

Die Untersuchungen Schm.'s über das in der Literatur sehr stiefmütterlich behandelte Meconium ergaben Folgendes: 1) Das Kindspech widersteht in der Leiche der Zersetzung viel länger als alle anderen Bestandtheile des Körpers mit Ausnahme von Knochen, Haaren, Conkrementen u. s. w. 2) Gelbbraunes Meconium in etwas grösserer Menge trocknet an der Luft auch in 6—7 Monaten und wahrscheinlich in einem noch viel längeren Zeitraume nur wenig ein, sondern verharrt zum grössten Theile in breiigem Zustande und zeigt makroskopisch und mikroskopisch gar keine Veränderungen gegenüber frischem. 3) Meconiumflecke lassen noch nach 8—9 Jahren und wahrscheinlich viel länger mikroskopisch alle Bestandtheile des Kindspechs deutlich erkennen. 4) Die Meconiumkörper sind keine Gallenfarbstoffschollen, sondern geschrumpfte und theilweise zertrümmerte, mit Gallenfarbstoff imbibirte Zellen, sie gehen sowohl aus den Zellen der verschluckten Vernix caseosa, wie aus den abgestossenen Epithelzellen des Darms hervor. 5) Es giebt nicht, wie Huber meint, zwei unter einander verschiedene Arten von Kindspech, sondern das schwarzgrüne ist das Endprodukt des gelbbraunen, nachdem dieses durch theilweise Aufsaugung des in ihm enthaltenen Wassers eingedickt ist und die Zellen meistentheils geschrumpft und zum Theile zertrümmert sind.

Woltemas (Diepholz).

459. **Obergutachten der königlichen wissenschaftlichen Deputation für das Medicinalwesen, betreffend ärztlichen Kunstfehler.** (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 267. 1897.)

Ein Arzt hatte bei dem Versuche, die Nachgeburt zu lösen, die ganze Gebärmutter herausgerissen, die leicht lösbare Nachgeburt fand sich bei der Obduktion noch im Uterus vor. Das Gutachten ging dahin, dass eine grobe unentschuldbare Unwissenheit und Unkenntniss vorliege. Woltemas (Diepholz).

460. **Zur Prüfung auf Farbenblindheit, speciell der Bahnbediensteten;** von Dr. Görtz in Mainz. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8. p. 196. 1897.)

G. gebraucht bei der Prüfung des Farbensinnes von Bahnbediensteten farbige Oelkreide-Stifte, deren Holzmantel genau die Farbe der Stifte hat. Die zu Untersuchenden werden aufgefordert, die Farbe des Holzmantels anzugeben und deren Namen niederzuschreiben. Diese Farbenprüfung macht die Leute weniger ängstlich als die mit Wollproben und Farbentafeln und liefert zugleich bei späteren Beschwerden der untersuchten Leute über Irrthümer der Prüfung ein sicheres Protokoll für jeden Sachverständigen oder die vorgesetzte Behörde. Lamhofer (Leipzig).

461. **Untersuchungen über die Einflüsse der Arbeitsdauer und der Arbeitspausen auf die geistige Leistungsfähigkeit der Schulkinder;** von Joh. Friedrich in Würzburg. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 1 u. 2. p. 1. Dec. 1896.)

Die Untersuchungen wurden mit 51 Werktagsschülern der 4. Klasse, die durchschnittlich 10 Jahre alt waren, angestellt, und zwar beim gewöhnlichen Schulunterrichte. Es wurden Diktat- und Rechnungsaufgaben gegeben. Die Zeit war verschieden gewählt: Anfang der Schulzeit am Vormittag, nach kürzeren oder längeren Zwischenstunden, während der Nachmittagsschulzeit. Die Fehlerangaben sind in 84 Tabellen zusammengestellt. Aus den Untersuchungen geht hervor, dass schon in der ersten und noch mehr in der 2. Schulstunde mit der Zunahme der Arbeitzeit eine Abnahme der Qualität parallel geht. Bei den späteren Schuletunden ist der Einfluss der der Schulstunde unmittelbar vorhergehenden Ruhepause von 8 und noch mehr von 15 Minuten als sehr günstig bemerkbar. Trotz der dreistündigen Mittagspause ist die Leistungsfähigkeit in den Schuletunden Nachmittags geringer. Die pädagogischen Folgerungen, die aus diesen Beobachtungen zu ziehen sind, sind selbstverständlich. Lamhofer (Leipzig).

X. Medicin im Allgemeinen.

462. **Uebungen;** von Otto Thilo in Riga. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 176. 1897.)

Th. beklagt es, zweifellos mit Recht, dass bei den Erkrankungen der Gelenke, der Knochen, der Muskeln, der Nerven von den *„Uebungen"* zu wenig Gebrauch gemacht wird. Die entsprechenden bisher üblichen „Kuren" sind den Kranken oft zu langwierig und zu kostspielig, sie machen entweder gar nichts oder sie vertrauen sich einem Nichtarzte an. Zweifellos ist in dieser Beziehung gerade in Deutschland viel gebessert worden; die Chirurgen haben sich der Sache thatkräftig angenommen und in zahlreichen Städten giebt es mehr oder weniger grossartige „medico-mechanische Institute" unter ärztlicher Leitung; trotzdem scheinen uns aber die Bemühungen Th.'s, die darauf hinausgehen, das Ganze einfacher und mehr zum Gemeingut Aller zu machen, durchaus gerechtfertigt.

Th. legt den grössten Werth auf Widerstandsbewegungen und zeigt mit Abbildungen, Beschreibungen, Krankengeschichten, wie diese mit Leichtigkeit überall in richtiger Weise geschaffen und durchgeführt werden können. Das Wesentliche sind eine Rolle, ein Strick und verschiedene Gewichte; die Grundregel lautet: „Zum Schlusse und Anfange der Bewegung müssen Rolle, Gelenk und freies Ende der Gliedmaassen annähernd eine gerade Linie bilden". Die Einzelheiten sind aus dem Jedermann leicht zugänglichen Originale zu ersehen. Dippe.

463. **Om Anvendelsen i Medicinen af koncentrerede chemiske Lysstraaler;** af Niels R. Finsen. Kjöbenhavn 1896. Gyldendalske Bogh. 8. 52 S. med Fototypier. (Vgl. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 50. 1896. — Ugeskr. f. Läger 5. R. III. 50. 1896. — Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. S. 85. 1897.)

Finsen hatte schon früher vielfach Untersuchungen über die verschiedenen Wirkungen der verschiedenen Bestandtheile des Lichtes auf den Organismus angestellt, in denen er neben der erwärmenden und leuchtenden Eigenschaft des Lichtes besonders dessen chemische Wirkung hervorhob. Die blauen, violetten und ultravioletten Strahlen, die am meisten brechbaren des Spectrum, sind es, die, wie Widmark bewiesen hat, die chemische Wirkung hervorbringen, während die Orangestrahlen, die rothen und ultrarothen Strahlen die Wärme, die gelben und grünen Strahlen dagegen, die Mitte des Spectrum, das Licht geben. Dass das Studium der Lichtverhältnisse nicht nur ein wissenschaftliches Interesse, sondern auch eine praktische Bedeutung hat, haben Finsen's und Anderer Untersuchungen über den Ausschluss der rothen Strahlen bei Behandlung der Pocken (Jahrbb. CCXLIV. p. 137) erwiesen. Unter 70 Pockenfällen, die mit Ausschluss der rothen Strahlen behandelt wurden, schlug diese Methode nur in einem einzigen Falle fehl. Nach Finsen's Untersuchungen hatte sich ergeben, dass eine schädliche Wirkung der chemischen Lichtstrahlen nur dann eintritt, wenn sie in grosser Menge vorhanden sind

und lange Zeit einwirken, in passender Menge und zweckmässiger Anwendung können sie vielleicht auch vortheilhaft wirken, und zwar haben spätere Untersuchungen ergeben, dass die vortheilhafte Wirkung nicht unbedeutend ist. Zum weiteren Studium dieser Fragen ist im October 1896 in Kopenhagen unter dem Namen „Finsen's medicinisches Lichtinstitut" ein Institut gegründet worden, dessen Aufgabe es ist, Untersuchungen über die Wirkung des Lichtes auf die lebenden Organismen anzustellen und zu fördern, hauptsächlich zu dem Zwecke, die Lichtstrahlen im Dienste der praktischen Medicin zu verwenden. Die Ergebnisse der in diesem Institute angestellten Versuche sind es im Wesentlichen, die F. neuerdings als vorläufige Mittheilung veröffentlicht hat. F. hat sich nicht nur auf die schon mehrfach hervorgehobene Wirkung des Lichtes auf die Mikroorganismen in künstlichen Culturen beschränkt, sondern er ist einen Schritt weiter gegangen und hat lokale, oberflächliche, durch Bakterien verursachte Hautleiden, speciell den Lupus, in den Bereich seiner Untersuchungen gezogen.

Da die tägliche Erfahrung zeigt, dass das gewöhnliche Tageslicht nicht im Stande ist, eine bakterientödtende Wirkung auszuüben, stellte sich die Nothwendigkeit heraus, das Licht zu verstärken und zu concentriren, so dass es bis zu einer gewissen Tiefe in die Gewebe einzudringen vermochte. Durch gewöhnliche Linsen und Spiegel liess sich diese Concentration nicht erreichen wegen der grossen Wärme, die dabei erzeugt wird. Auch Durchführen des Lichtes durch mit Wasser, das die Wärmestrahlen absorbirt, gefüllte hohle Glaslinsen genügte noch nicht, erst durch Färbung des Wassers mit einer gut abgepassten Methylenblaulösung gelang es, die rothen Strahlen und damit die störende Wärmeeinwirkung genügend zu beseitigen. Als Lichtquelle hat Finsen theils Sonnenlicht, theils elektrisches Bogenlicht (nicht Glühlicht), das verhältnissmässig viele chemische Strahlen besitzt, verwendet. Das Sonnenlicht besitzt zwar eine viel grössere Intensität als das elektrische, aber es ist nicht immer zu haben, während das elektrische Licht constant ist und zu jeder Zeit zu Gebote steht. Nach zahlreichen Versuchen gelang es, passende Sammelapparate sowohl für Sonnenlicht, als auch für elektrisches Licht herzustellen.

Es ergab sich, dass in dem auf diese Weise hergestellten concentrirten blauvioletten Lichte die Abschwächung und die absolute Tödtung der Bakterien viel rascher vor sich ging als in gewöhnlichem Lichte, und zwar steigt die Bakterien vernichtende Kraft mit der Concentration. Mit den besten Apparaten (Sommersonne) konnte deutliche Abschwächung schon nach Verlauf einer Minute, absolute Tödtung schon nach 6—7 Minuten wahrgenommen werden, während bei gewöhnlichem Sonnenlichte Abschwächung erst nach 15 Minuten, Tödtung erst nach $1^1/_2$ Stunden beobachtet wurde. Durch das concentrirte bläuliche elektrische Licht (Bogenlampen von der Stärke von 4000 Normalkerzen, 25 Ampères) wurden die Bakterien deutlich abgeschwächt nach 4—5 Minuten, getödtet nach 15—20 Minuten, während unter dem Einflusse des gewöhnlichen direkten Lichtes derselben Bogenlampen die Abschwächung erst nach $1^1/_2$ Stunden, die Tödtung erst nach 8—9 Stunden erfolgte. Der Apparat verstärkte also die Lichtwirkung ungefähr 20mal. Zu den Versuchen wurde Bacillus prodigiosus in Plattenculturen verwendet.

Weitere Untersuchungen ergaben, dass die concentrirten Lichtstrahlen mit Leichtigkeit durch alle thierischen Gewebe dringen, nur die Pigmente leisten Widerstand und besonders das Hämoglobin saugt die Strahlen auf. Als das hauptsächlichste Hinderniss für das Eindringen der Strahlen in die Tiefe der Gewebe ergab sich daher das Blut; nur wenn ein Körpertheil blutleer ist, ist er ganz permeabel. Während concentrirtes bläuliches Sonnenlicht durch das normale Ohr hindurch nach 5 Min. langer Einwirkung noch nicht vermochte, photographisches Albuminpapier zu schwärzen, trat die Schwärzung schon nach 20 Sekunden ein, wenn das Ohr dadurch blutleer gemacht wurde, dass es zwischen 2 Glasplatten gedrückt wurde.

Behufs der praktischen Anwendung hat F. einen Metallring construirt, in dessen Oeffnung sich eine schwach gewölbte Glasplatte befindet; die Haut wird durch Aufdrücken des Ringes blutleer und zur Lichtbehandlung geeignet.

Praktisch versucht hat F. die Methode bis zur Zeit der Mittheilung nur in 11 Fällen von Lupus vulgaris, in denen allen es sich um inveterirten Lupus handelte, der schon seit 5—21 Jahren bestand. Die Anwendung des Lichtes fand täglich 2mal statt, wobei nur eine kleine Stelle beleuchtet wurde. In der Regel stellte sich eine reaktive Entzündung von eigenthümlichem Charakter (Lichtentzündung) ein, oft nur in Form von Röthung, bisweilen ein ausgebreitetes Oedem und in einzelnen Fällen entstand Nekrose. Danach schwand die lupöse Affektion und hinterliess eine intakte, gesunde Haut. Nur in wenigen Fällen waren Wärmewirkungen zu spüren. Danach scheinen die Resultate günstig zu sein; ob freilich die Heilung vollständig und dauernd sein wird und ob nicht Recidive eintreten werden, darüber lässt sich noch nicht urtheilen. In 2 von den ältesten Fällen haben die Patienten selbst die Kur vorzeitig abgebrochen, weil sie sich für geheilt hielten und nur noch unbedeutende Reste der Krankheit übrig geblieben waren, aber F. erklärte das Resultat noch nicht für zufriedenstellend. Nach den bisher vorliegenden Erfahrungen lässt sich wohl hoffen, dass die Resultate der Behandlung sich schliesslich als gute herausstellen werden, freilich ist die Behandlung auf die Länge wohl ermüdend und langweilig, aber sie ist vollkommen schmerzlos und im Ver-

hältnisse zur Schwere des Leidens kommen die Unbequemlichkeiten wohl kaum in Betracht. Nach F. G. Gade's Auffassung (Norsk Mag.) sind es nicht die wenigen bisher erreichten Resultate, die den Schwerpunkt der Mittheilung Finsen's bilden, sondern ihr Hauptwerth liegt darin, dass sie die ersten vollständig bewiesenen Versuche enthält, eine wirksame und leicht zugängliche Naturkraft, das Licht, in die Reihe unserer Heilmittel einzuführen. Walter Berger (Leipzig).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 23. Februar 1897.

Vorsitzender: Herr *Curschmann.*
Schriftführer: Herr *Windscheid.*

Herr Kollmann zeigte eine Anzahl von Photogrammen des Innern der männlichen Harnröhre, die er im Laufe der letzten Jahre am lebenden Menschen gewonnen hat, nämlich mehrere Bilder von Psoriasis mucosae urethralis (*Oberländer*), eine Striktur mit falschem Wege combinirt, eine Gruppe grosser Papillome, ein strangförmiges, einem fibrösen Polypen ähnliches Gebilde am Bulbus und einen Colliculus seminalis mit sichtbarem Eingange in den Sinus prostaticus. Der zur Aufnahme benutzte photographische Apparat ist der gleiche, wie er von dem Vortragenden schon 1892 angegeben und unter Anderen in Band I, 2. Heft der internationalen medicinischen photographischen Monatsschrift (Herausgeber *Jankau* in München) beschrieben wurde. Er hat sich auch weiterhin als brauchbar erwiesen. —

Herr Sattler sprach über: *„Die Behandlung der Myopie verschiedener Grade."* Er knüpfte an seinen Vortrag im Jahre 1893 (Jahrbb. CCXL. p. 216) an, in dem er unter Anderen die Ursachen für die Entstehung und Weiterentwickelung der Myopie darlegte, und erinnerte daran, dass nicht so sehr die bei der Nahearbeit in Funktion tretende Anspannung der Accommodation, als vielmehr die Convergenz und Senkung der Blickebene die schädigenden Momente sind.

Bei mittleren Graden der Myopie wird, wenn nicht ganz bestimmte Contraindikationen vorliegen, volle Correktion der Myopie für die Ferne und Nähe empfohlen, nebst strenger Beachtung eines Arbeitsabstandes von circa 30—50 cm. Ein höchst einfaches, improvisirtes Pult und ein als besonders geeignet erprobter Kopfhalter wurden demonstrirt. Die sogenannte Insufficienz der Convergenz, die man häufig beim nicht corrigirten Myopen in der Lesedistanz antrifft, verschwindet in der Regel mit der Correktion. Nur in den verhältnissmässig spärlichen Fällen, in denen nach der Correktion der Myopie noch eine erhebliche Insufficienz der Convergenzleistung bestehen bleibt, können Prismen mit der Kante temporalwärts oder die Tenotomie eines oder beider äusseren geraden Augenmuskeln in Frage kommen.

Bei den hohen Myopiegraden, solchen von 12 Dioptrien und mehr (Fernpunkt in 9.75 mm vor dem Knotenpunkte des Auges und näher), versagt eine vollständige Gläsercorrektion in der Regel schon für die Ferne und wohl stets für die Nähe. Für solche Grade der Kurzsichtigkeit ist die in den letzten Jahren in Aufnahme gekommene operative Behandlung der Myopie eine überaus segensreiche Bereicherung unseres therapeutischen Handelns. Sie besteht in der Beseitigung der Linse durch Discission und nachträgliche Extraktion durch einen kleinen Hornhautschnitt. Bei einer Glasmyopie von 19—21 Dioptrien, das entspricht einer reellen von 15—16 Dioptrien (Fernpunkt in 6.66—6.25 cm), wird das Auge nach der Operation emmetropisch, bei noch höheren Graden bleibt es in geringem Maasse myopisch, bei geringeren entsteht leichte Hypermetropie.

Der Vortragende hat diese Operation an mehr als 100 Kranken im Alter von 8—56 Jahren ausgeführt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden. Ist eine beginnende Altersstaarentwickelung vorhanden, so ist künstliche Reifung durch Iridektomie und Trituration der Linse und nachträgliche Extraktion mit dem Bogenschnitte am Platze, weil in diesen Fällen gewöhnlich ein mehr sklerosirter Kern zugegen ist. Zum Schlusse wurden noch die Einwendungen zurückgewiesen, die gegen die operative Behandlung der Myopie erhoben worden sind, namentlich die der Begünstigung einer Netzhautabhebung.

Verhandlung. Herr *Schwarz* fragt, ob für die Discission eine obere Altersgrenze bestehe.

Herr Sattler bezeichnet als eine solche das 56. Jahr, als untere Grenze müsse das 8. bis 10. Jahr betrachtet werden.

Herr *Schwabe* hat erst neuerdings angefangen, die Myopie operativ zu behandeln, berichtet aber von mehreren sehr guten Erfolgen, selbst in Fällen, wo verschiedene Complikationen, insbesondere schwere Blutungen vorhanden waren.

Herr *Stimmel* nimmt gegenüber dem Vortragenden die Atropinbehandlung der Myopie in Schutz. Er atropinisirt nur höchstens 8 Tage, hat aber davon gute Erfolge gesehen. Besonders empfiehlt er die Atropinisirung der Schulkinder während der Ferien. Ausserdem gäbe es Fälle, in denen thatsächlich durch ungleiche Accommodation die Myopie entstehe; diese seien die geeignetsten für die Atropinkur.

Herr *Lamhofer* ist gegen die Atropinkur und empfiehlt Enthaltung von aller Nahearbeit.

Herr Sattler bestreitet die Entstehung der Myopie durch ungleiche Accommodation.

Herr *Stimmel* will schliesslich das Atropin nur dann angewandt wissen, wenn die Correktion von mittleren Myopiegraden durch Brillen nicht gelingt.

B. Originalabhandlungen

und

Uebersichten.

III. Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie.[1])

Zusammengestellt von Dr. Paul Wagner,
Docent an der Universität Leipzig.

VII. Nierentuberkulose.

175) Adams, J. A., Tubercular disease of right kidney; nephrectomy. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 23. 1897.

176) Albarran, J., Deux néphrectomies précoces pour tuberculose miliaire du rein. Guérison. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 927. 1896.

177) Albarran, Les infections secondaires dans la tuberculose urinaire. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XV. 1. 1897.

178) Aupérin, G., Contribution à l'étude clinique de la tuberculose rénale à forme hématurique. Thèse de l'aris 1895.

179) Bagot, W. S., Nephrectomy for tuberculosis of the kidney in a patient always a resident of Colorado. Med. News XLVII. 13. p. 240. Aug. 1895.

180) Braun, H., Ueber Nierentuberkulose. Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. VI. 9. 1895.

181) Briddon, Ch. K., Surgery of the genito-urinary system. Med. and surg. report of the Presbyterian hospital. New York I. p. 1. 1896.

182) Bryson, The question of surgical interference in tuberculous kidney. Journ. of cutan. and genito-urin. diseases. Nov. 1894.

183) Casper, L., Die frühe u. exakte Diagnostik der Tuberkulose des Harntractus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 17. 1896.

184) Chevalier, E., Deux cas d'anurie traités par la néphrotomie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 990. 1896.

185) Gabszewicz, A., Zur chirurgischen Casuistik der Nierenkrankheiten. Gaz. lekarska 35—36. 1895. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 48. 1895.

186) Hamill, S., Primary tuberculosis of the kidney, with especial reference to its manifestations in infants and children. Sond.-Abdr. Philadelphia 1896.

187) Humphry, L., Tuberculous kidney. Lancet Dec. 8. 1894.

188) Laroche, De la tuberculose primitive du rein. Thèse de Bordeaux 1896.

189) v. Leyden, Ueber die Diagnose der Nierentuberkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 17. 1896.

190) Meyer, Willy, The early diagnosis of tuberculosis of the kidney. Med. News LXVIII. 10. p. 203. March 1896.

191) Poueson, A., De la tuberculose rénale primitive. Gaz. hebd. XLII. 24. 1895.

192) Pousson, A., L'intervention chirurgicale dans la tuberculose rénale primitive est-elle légitime? Arch. clin. de Bordeaux V. 1. p. 25. Janv. 1896.

193) Rafin, Néphrotomie pour rein tuberculeux. Lyon méd. LXXXI. p. 196. Févr. 1896.

194) Rafin, Néphrectomie pour rein tuberculeux. Lyon méd. LXXXI. 9; Févr., Mars 1896.

195) Routier, Tuberculose rénale. Hématurie. Néphrectomie. Guérison. Bull. de la Soc. de Chir. de Paris XXI. p. 148. 1896.

196) Schrader, Ueber die Diagnostik der Nieren- u. Ureterentuberkulose. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XVIII. 44. 1894.

197) Smith, F. J., and L. A. Bidwell, Case of tubercular kidney. Transact. of the clin. Soc. of London XXIX. p. 137. 1896.

198) Steinthal, Nierenchirurgisches. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 16. 1896.

199) Stokes, W., Remarks on cases of renal surgery. Brit. med. Journ. April 20. 1895.

200) Trantenroth, Lebensgefährliche Hämaturie als erstes Zeichen beginnender Nierentuberkulose. Mittheil. aus d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir. I. 1. p. 136. 1896.

201) Trendelenburg, Ein Fall von Blasen- u. Nierentuberkulose. Verhandl. d. deutschen Ges. f. Chir. 1895.

202) Villard, E., Rapports de la tuberculose génitale chez l'homme avec les autres manifestations tuberculeuses. Paris 1894. J. B. Baillière.

203) Watson, F. S., On some of the clinical features of primary tuberculosis of the genito-urinary organs. Boston med. and surg. Journ. CXXXII. 6. p. 121. Febr. 1895.

204) Zeller, M., Des phlegmons périnéphrétiques tuberculeux d'origine rénale. Lyon méd. 47. 1895.

Die neuen Anschauungen, zu denen die Entwickelung der Nierenchirurgie in Betreff der *Nierentuberkulose* geführt hat, drückt Küster (81) in folgenden Sätzen aus:

1) Die Nierentuberkulose tritt sehr häufig *primär* und gewöhnlich für längere Zeit *einseitig* auf, primär freilich nur in dem Sinne, dass anderweitige Herde, die dennoch im Körper vorhanden sein können, für uns nicht erkennbar sind.

2) Sie verbreitet sich in der Regel nicht, wie man meistens anzunehmen pflegt, aufsteigend, d. h. von den Genitalien aus, sondern *absteigend*, d. h. erst nachträglich werden untere Harnwege und Genitalien inficirt.

3) Ein hartnäckiger Blasenkatarrh, für den sonst keine Veranlassung nachzuweisen ist, ist in der grossen Mehrzahl der Fälle das erste Zeichen einer Nierentuberkulose.

4) *Die Nephrektomie bewirkt, rechtzeitig ausgeführt, dauernde oder wenigstens langjährige Heilungen.*

[1]) Schluss; vgl. Jahrbb. CCLIV. p. 81.

W. Meyer (190) macht auf ein bisher noch nicht beschriebenes *frühzeitiges Symptom der primären Nierentuberkulose* aufmerksam, das auch bei Abwesenheit von Blut und Tuberkelbacillen im Urin die Diagnose sichert. Dieses mittels Cystoskopes nachweisbare Symptom besteht in mehreren, scharf umschriebenen, entzündlichen Höfen, die die Blasenmündung des entsprechenden Ureters umgeben, während die übrige Blasenschleimhaut, speciell auch die Partien zwischen den Entzündungsringen, vollkommen normal erscheinen.

Bei *feststehender Diagnose* ist die *baldige Exstirpation* der kranken Niere angezeigt.

v. Leyden (189) hebt die grosse Aehnlichkeit zwischen dem *Tuberkelbacillus* und dem *Smegmabacillus* hervor, die leicht zu diagnostischen Irrungen führen kann. v. L. hat den Smegmabacillus fast in jedem Urin gefunden, ihn besonders bei Cystitis nie vermisst. Beide Bacillen sind in Gestalt und Färbung einander sehr ähnlich, nur sei der Smegmabacillus zarter und zeige nicht die körnige Bröckelung, wie der Tuberkelbacillus. Das sicherste diagnostische Merkmal sind Impfversuche am Meerschweinchen.

Gerhardt, König, Senator, A. Fränkel und Fürbringer stimmen v. Leyden bei. (Vgl. Jahrbb. CCLIV. p. 39.)

Trantenroth (200) berichtet über einen Fall von *Nierentuberkulose*, in dem die *Blutung* das einzige Symptom war. Sie war so anhaltend und schwer, dass wegen Indicatio vitalis operativ eingegriffen werden musste.

Es handelte sich um ein 24jähr. Mädchen mit leichter Spitzenaffektion, das plötzlich mit Blutharnen erkrankte und heftigen Schmerzen in der rechten Nierengegend. Die Blutungen führten zu Ohnmachten und zu einer so bedenklichen Schwäche, dass die Kranke dem Chirurgen überwiesen wurde. Die rechte Niere war fühlbar, aber nicht vergrössert. Da eine sonstige Quelle der Blutung auszuschliessen war, wurde in der Annahme einer Neubildung auf die rechte Niere eingeschnitten. Es fanden sich Blutgerinnsel im Nierenbecken und ein Neubildungsknoten in einer Papille. Die Niere wurde exstirpirt, glatte Heilung. Die Untersuchung der Niere ergab keine Neubildung, sondern ausgedehnte Tuberkulose. Nachträglich fand sich in dem vor der Operation entnommenen Harne ein Tuberkelbacillus.

Albarran (176) theilt 2 Fälle (einen 37jähr. und einen 31jähr. Kr. betreffend) mit, in denen er in einem *ganz frühen Stadium der Tuberkulose* die lumbale *Nephrektomie* vornahm. Bei beiden Kranken bestand das *einzige Symptom in einer starken Hämaturie*, deren Herkunft mittels Cystoskopes bestimmt wurde. Die freigelegten Nieren erwiesen sich dem Aussehen nach als vollkommen gesund, und erst bei der Incision fanden sich kleine Tuberkelknötchen, bez. eine kleine Caverne. Beide Kranke *genasen*.

Ponasson (191) fand in einem Falle von *Nierentuberkulose* als *einziges Symptom* während vieler Monate eine *sehr profuse, langdauernde Hämaturie*. Die Nieren waren weder schmerzhaft, noch vergrössert; keine Blasenstörungen.

Bryson (182) fand in 174 Fällen von *tuberkulöser Erkrankung* der Harn- und Geschlechtsorgane die *Nieren* nur 18mal betheiligt. In 3 Fällen hat er chirurgisch eingegriffen.

Hamill (186) hat 55 Fälle von *primärer Nierentuberkulose* des *Säuglings- und Kindesalters* zusammengestellt, darunter einen eigenen, tödtlich verlaufenen bei einem 7monat. Mädchen. In der Regel tritt die Urogenitaltuberkulose im Kindesalter zuerst in der Niere auf; die ascendirende Form ist selten. Oefters findet eine Infektion auch der anderen Niere statt. Heilung kann nur durch möglichst frühe Operation erzielt werden. In 17 Fällen wurde operativ eingegriffen: Nephrotomie 4mal (2 geheilt), Nephrektomie 9mal (5 geheilt), Nephrotomie mit sekundärer Nephrektomie 4mal (2 Heilungen).

Ponsson (192) bespricht die Schwierigkeiten, eine *primäre Nierentuberkulose* von einer *sekundären* zu unterscheiden. Häufig finden sich bei ersterer nur Congestionzustände (lumbale Schmerzen, Hämaturie), während bei der letzteren meist eiterhaltiger Urin vorhanden ist. Bezüglich der *Nephrektomie* bei der Nierentuberkulose spricht sich P. sehr zurückhaltend aus; er hält diese Operation nur bei starken Schmerzen und bei beträchtlicher Hämaturie für angezeigt.

Villard (202) hält die Infektion der Urinwege bei der combinirten Urogenitaltuberkulose fast ausnahmelos für sekundärer Natur.

Watson (203) empfiehlt bei der chirurgischen Behandlung der *Nierentuberkulose* in erster Linie die *Nephrotomie*, der dann einige Wochen später, wenn sich der Allgemeinzustand des Kranken gehoben hat, die *sekundäre Nephrektomie* folgen soll. Bei scharf umschriebener tuberkulöser Erkrankung ist auch die *Resektion der Niere* in Erwägung zu ziehen.

Cramer berichtet über *2 Querresektionen der Niere*, bei *partieller Tuberkulose*. Im 1. Falle (32jähr. Kr.) war die untere Hälfte der Niere stark vergrössert, mit zahlreichen Knoten durchsetzt und wurde durch einen Querschnitt entfernt. Blutung durch Tamponade und Umstechungen beherrschbar. Doch starb der durch eine langdauernde psoitische Eiterung geschwächte Pat. bald. Im 2. Falle (18jähr. Kr.) zeigte die von einem paranephritischen Abscess umgebene Niere in ihrem unteren Theile sich gelblich verfärbt, verdickt und gelbliche Stellen enthaltend, die auf Einschnitt Eiter entleerten. Die Niere wurde wie eine Ananas von unten nach oben in Scheiben zerlegt, bis die Querschnitte normales Gewebe zeigten. Blutung unbedeutend. Während der Heilung zunächst Urinabgang durch die Wunde, die sich indess ohne Zwischenfälle schloss. Nach 4 Monaten war Pat. gesund und arbeitsfähig

Cr. glaubt annehmen zu dürfen, dass es sich in beiden Fällen um isolirte, hämatogene Tuberkulose in der unteren Hälfte nur *einer* Niere handelte, und dass man zweckmässig bei dieser Form der Tuberkulose die Querresektion macht und nicht das ganze Organ entfernt. Selbstverständlich wird man auch zuweilen, bei sehr begrenzter Tuberkulose, in die Lage kommen können, nur die kleinen Herde auszuschneiden.

Adams (175): 28jähr. Kranke mit rechtsseitiger *Nierentuberkulose*. *Probatorische Laparotomie*: Linke Niere normal, rechte vergrössert und knotig. Schluss der Bauchwunde. *Lumbale Nephrektomie*. *Heilung*. Das

mitentfernte Stück Ureter war bereits tuberkulös inficirt.

Bagot (179): Eine 22jähr. Frau, die als Kind eine Kniegelenktuberkulose überstanden hatte, erkrankte unter Fieber, starker Abmagerung u. s. w. an einer Schwellung der rechten Niere. Rechter Ureter stark verdickt. *Lumbale Nephrektomie. Heilung.* Vorgeschrittene *Nierentuberkulose.*

H. Braun (180) hat bei einer 34jähr., hereditär nicht belasteten Frau die rechte, in einen kindskopfgrossen Eitersack verwandelte *tuberkulöse Niere* mittels v. Bergmann'schen Schrägschnittes *entfernt.* Der kleinfingerdicke, harte Harnleiter wurde bis tief in's kleine Becken hinein isolirt und exstirpirt. *Heilung* mit vorläufig noch bestehender Fistel. Die Kranke hat ausserordentlich an Gewicht zugenommen. Vor der Nephrektomie war bei der Kranken mittels Nitze'scher und Kelly'scher Cystoskopie eine ausgebreitete Blasentuberkulose nachgewiesen worden. Die weitere Prognose ist deshalb bei der Kranken nicht günstig, wenn auch in manchen ähnlichen Fällen durch die Nephrektomie eine jahrelange Heilung oder wenigstens anscheinende Heilung hat erzielt werden können.

Briddon (181): 29jähr. Patientin mit rechtsseitiger *Nierentuberkulose. Nephrotomie,* mehrere Monate später *Nephrektomie. Heilung.*

L. Casper (183) theilt einen Fall von *Nierentuberkulose* mit, in dem eine *sehr frühe* und *absolut sichere Diagnose* durch den *Harnleiterkatheterismus* und durch den *Nachweis von Tuberkelbacillen* im Blasenharne und im Sekrete der erkrankten rechten Niere gestellt werden konnte.

Der 42jähr. Kr. wurde die *Niere mit Erfolg* von Olshausen *exstirpirt.*

Chevalier (184): 17jähr. Kr. mit Lungen- und Urogenital*tuberkulose;* beide Nieren waren ergriffen, die linke stärker als die rechte. Mehrtägige *Anurie.* Linksseitige *Nephrotomie* und Drainage. Abgang von Urin durch die Wunde und durch die Harnröhre. 14 Tage später *Tod* an Lungentuberkulose. *Rechte Niere* vollkommen zerstört, rechter Ureter ganz undurchgängig.

Gabszewicz (185): 1) 26jähr. tuberkulöse Kranke. Linksseitige *tuberkulöse Pyonephrose. Transperitonäale Nephrektomie. Heilung.* Langsames Fortschreiten der Tuberkulose; nach 2 Jahren Uebergreifen auch auf die rechte Niere.

2) 17jähr., sonst gesundes Mädchen. Rechtsseitige *tuberkulöse Pyonephrose. Lumbale Nephrektomie. Tod* 5 Tage post operationem. Die linke Niere zeigte beginnende Pyelitis.

Humphry (187) *entfernte* bei einem 28jähr. Manne eine *tuberkulöse Niere. Tod* an allgemeiner Tuberkulose.

Rafin (194): 33jähr. Kr. mit *rechtsseitiger tuberkulöser Pyonephrose,* vor 4 Jahren im Anschlusse an ein Wochenbett entstanden. *Nephrotomie,* Discision der verschiedenen Eiterhöhlen, Vereinigung der Nierenwundränder mit den Hauträndern (nach Guyon). Vollkommene *Ausheilung.* Tuberkelbacillen wurden nicht gefunden; die Diagnose auf Tuberkulose wurde durch die histologische Untersuchung eines excidirten Nierenstückchens gesichert.

Rafin (194): 20jähr. Mädchen mit rechtsseitiger *Nierentuberkulose. Lumbale subkapsuläre Nephrektomie. Heilung.*

Rontier (195): Die bisher völlig gesunde, 28jähr. Pat. bot als erstes Zeichen einer Erkrankung eine in der Nacht ohne jeden Schmerz auftretende Blutentleerung mit dem Urin. Erst nach 17tägigem Blutverluste gesellten sich Anfälle rechtsseitiger Nierenkolik und häufigen Harndranges hinzu. Die rechte Nierengegend wurde druckempfindlich, resistenter. Die Diagnose auf Erkrankung der rechten Niere wurde bestätigt durch das Cystoskop: bei Druck auf die Nieren trat nur aus dem rechten Harnleiter Blut hervor. Unter dem Verdachte einer Geschwulst schritt R. 6 Wochen nach Beginn der Blutung bei der auf's höchste anämischen Pat. zur Nierenexstirpation mittels Lendenschnittes. Operation und Verlauf blieben ungestört. Es erfolgte *Heilung.* An der aufgeschnittenen Niere entdeckte man eine flache, auf 2 Nierenkelche beschränkte *tuberkulöse Ulceration;* die übrige Niere war gesund. Es handelte sich also um einen Fall von *primärer Nierentuberkulose im ersten Beginne.*

Smith und Bidwell (197) haben in folgenden 4 Fällen von *Nierentuberkulose* operirt:

1) 28jähr. Fräulein. Rechtsseitige *Nierentuberkulose;* Hämaturie. Lumbale *Nephrektomie. Heilung.*

2) 35jähr. Frau mit *Nierentuberkulose.* Nephrotomie, Drainage. Urinfistel. 6 Monate später *Nephrektomie. Heilung.*

3) 34jähr. Frau. Rechtsseitige *Nierentuberkulose.* Freilegung der vergrösserten Niere: „on its surface there were two or three small tubercular foci, but there was no definitive hardness nor any evidence of stone". Reposition (!) der Niere. Vorübergehende Besserung; seit 9 Monaten wieder schlechtes Befinden.

4) 7jähr. Kind mit linksseitiger *Nierentuberkulose.* Freilegung der an der Oberfläche normalen Niere. Eine Incision der Niere unterblieb, da das Kind die Anästhesie sehr schlecht vertrug. 4 Tage später Tod. Ausgebreitete Lungen- und Nierentuberkulose.

Steinthal (198) *exstirpirte* einem jungen Mädchen wegen *Tuberkulose* die *rechte Niere,* nachdem er cystoskopisch aus dem linken Harnleiter klare Flüssigkeit hatte austreten sehen. Die Kranke *starb* am anderen Tage. An Stelle der linken Niere war ein kleiner Sack mit klarer Flüssigkeit.

Stokes (199): 33jähr. Frau; seit 16 Jahren zeitweise Schmerzen und „Schwellung" in der rechten Lendengegend. Grosser, fluktuirender rechtsseitiger *Nierentumor.* Urin stark eiterhaltig; Fieber, Erbrechen. Abdominale *Nephrektomie. Heilung.* Die Geschwulst erwies sich als eine *tuberkulöse Pyonephrose.*

Trendelenburg (201) theilt einen Fall von *Blasen- und Nierentuberkulose* mit, in dem er, gedrängt durch die heftigen Beschwerden der Pat., nach einander folgende Operationen ausgeführt hat: 1) Exstirpation der Urethra und eines Theiles der Harnblase; 2) Exstirpation der tuberkulösen einen Niere; 3) Exstirpation des Restes der Blase und Einpflanzung des Ureters der zurückgelassenen Niere in die Flexura sigmoidea. Die letzte Operation fand im October 1894 statt; leider fand sich dabei auch schon eine Tuberkulose des Peritonaeum vor. Die Pat., ein 22jähr. Mädchen, befindet sich jetzt in leidlichem Zustande. Der Urin wurde in der ersten Zeit nur alle 2 bis 4 Stunden per anum entleert, jetzt besteht häufiger Drang zur Entleerung.

Zeller (204) hat 21 Beobachtungen von *perinephritischen Phlegmonen tuberkulösen Ursprunges* zusammengestellt. 12mal handelte es sich um die ulcerös-käsige Form, 3mal um miliare Tuberkulose. In 20 Fällen war die Tuberkulose doppelseitig. 6 Kranke genasen. Die Behandlung besteht je nachdem in Incision und Drainage, Nephrotomie, bez. Nephrektomie.

VIII. Cystöse Nierendegeneration. Solitäre Nierencysten. Nieren-Echinococcus.

205) Atwood, Ch., A case of abdominal nephrectomy for cystic kidney; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXIII. 18. p. 440. Oct. 1895.

206) v. Bardeleben, Cystenniere. Charité-Ann. XXI. p. 483. 1896.

207) Beadles, C. F., Cholesterin cyst of kidney. Transact. of the pathol. Soc. of London XLV. p. 125. 1894.

208) Bishop, E. St., Case of nephrectomy for cystic kidney; recovery; remarks. Lancet I. 23. p. 1436. June 1895.

209) Braillon, P. A., Contribution à l'étude des kystes hydatiques du rein. Thèse de Paris 1894.
210) Chrétien, Rein kystique et rein atrophié. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 174. 1896.
211) Depage, Contribution à l'étude du rein kystique. Ann. de la Soc. Belge de Chir. 5. 1895.
212) Donald, W. M., Cystic degeneration of the kidney. Medicine II. 12. p. 988. Dec. 1896.
213) Fenwick, H., A large renal cyst containing cholesterine. Transact. of the pathol. Soc. of London XLV. p. 96. 1894.
214) Floersheim et Ouvry, Kyste hématique volumineux de la capsule surrénale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. IX. 1. p. 73. Janv.—Févr. 1895.
215) Gorsse, B. de, Kystes hydatiques de la plèvre et du rein. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 11. p. 346. Mai 1896.
216) Höhne, Ein Beitrag zur polycystischen Nierenentartung. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 47. 1896.
217) Jacobson, Kyste de l'extrémité inférieure du rein gauche. Compression de l'urètère gauche. Pyélonéphrite suppurée gauche. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 936. 1896.
218) Imrédy, B., Einige Beiträge zum Echinococcus der Leber und der Nieren auf Grund von 12 Fällen. Pester med.-chir. Presse 11. 1896.
219) Lafourcade, Un cas de kyste hydatique du rein. Gaz. des Hôp. LXIX. 76. 1896.
220) Lea, A., Cystic degeneration of kidneys following abortion. Lancet I. p. 486. 1896.
221) Mc Intire, H. B., A case of cystic disease of the kidney. Boston med. and surg. Journ. CXXXI. 8. p. 185. Aug. 1894.
222) Singer, F., Ein Fall von Hydrops renum cysticus congenitus. Inaug.-Diss. Greifswald 1894.
223) Treuhorg, Ueber Nierenechinococcus. Petersb. med. Wchnschr. 1896.
224) Witte, P., Erworbenes multiloculäres Adenokystom und angeborene cystische Entartung der Nieren. Inaug.-Diss. Königsberg 1896.

Von den verschiedenen neueren Mittheilungen über *cystöse Nierendegeneration*, *solitäre Nierencysten* und *Nierenechinococcus* seien die folgenden erwähnt:

Witte (224) hat unter Nanwerck's Leitung 2 *Cystennieren* genau mikroskopisch untersucht.

Im 1. Falle handelte es sich um eine grosse Cystenniere, die Rohfeld in Frankfurt a. O. durch Nephrektomie bei einer 50jähr. Frau gewonnen hatte. Die Kr. hatte die Geschwulst im Leibe schon seit 12 Jahren gespürt. Die genaue histologische Untersuchung ergab ein multiloculäres Adenocystom; für eine congenitale Anlage der Geschwulstbildung ergaben sich keine Anhaltepunkte.

Der 2. Fall betraf die Nieren eines neugeborenen Knaben. Die mikroskopische Untersuchung ergab die sicheren Zeichen einer obliterirenden Papillitis.

Man muss sich also jedenfalls zu der Ansicht bekennen, dass der Cystenniere verschiedene Vorgänge zu Grunde liegen können. Fall 1 spricht mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür, dass die erworbenen Cystennieren, soweit sie Adenocystome sind, mit den angeborenen nichts zu thun haben. Der Standpunkt, dass das Vorkommen von Cystennieren bei Erwachsenen durchweg nichts Anderes darstelle als das Hinübernehmen einer bereits intrauterin entstandenen Anlage in ein späteres Alter, erscheint nicht haltbar; die bisher beschriebenen multiloculären Adenocystome des höheren Lebensalters sind später erworbene genuine Neubildungen. Fall 2 zeigt, dass gewisse fötale Formen der Cystenniere eine andere Entstehung aufweisen als die erworbenen Adenocystome. Ohne die von einigen Autoren als angeborene Adenocystome aufgefassten Cystennieren anzweifeln zu wollen, muss W. doch daran festhalten, dass Virchow's obliterirende Papillitis zur Cystenniere der Neugeborenen Veranlassung geben kann.

v. Bardeleben (206): 29jähr. Mädchen mit *doppelseitiger Cystenniere*. Bei der *Exstirpation* des rechten, sehr vergrösserten Organs wurde auch nach der anderen Niere getastet, die aber keinerlei Veränderungen erkennen liess. Auch bei der Cystoskopie spritzte klarer Urin aus dem linken Ureter. *Heilung*. Chronische Urämie. 6 Wochen nach der Operation *Tod*. *Linke Niere* ebenfalls *cystös entartet*.

Depage (211): Eine 52jähr. Frau litt seit 15 Jahren an einer in den letzten Jahren stationär gebliebenen, grossen rechtsseitigen *Nierengeschwulst*. In den letzten Jahren zeitweise dumpfe Schmerzen, in der allerletzten Zeit mehrere Anfälle von Nierenkolik. Im Urin zeigte sich stets ein starker rother Niederschlag. Die Tastung der Geschwulst ergab, dass sie aus härteren und weicheren, fluktuirenden Theilen bestand. *Lumbale Freilegung der Niere; sie zeigte sich vollkommen cystös degenerirt. Nephrektomie. Heilung*, bisher 1 Jahr festgestellt.

Wegen der ausserordentlich genauen mikroskopischen Untersuchung der Niere, die eine primäre Sklerose mit sekundärer Cystenbildung ergab (*Rein sclérokystique*), muss auf das Original verwiesen werden, dem auch 4 Tafeln mit Abbildungen beigegeben sind.

Im Gegensatze zu der *primären cystösen Nierendegeneration*, bei der wegen der häufigen Doppelseitigkeit des Leidens die *Nephrektomie* verboten ist, hält D. bei der *sklerocystischen Niere* die *Exstirpation* für *angezeigt*.

[Die Unabhängigkeit der „essentiellen cystösen Nierendegeneration" von der Sklerose der Niere ist doch noch keineswegs sicher gestellt. *Ref.*]

Graser (140): 2½jähr. Knabe mit linksseitiger *Cystenniere*. Extraperitonäale *Nephrektomie*. *Tod* an Urämie. Rechte Niere anscheinend normal.

Höhne (216) theilt aus dem Lanenstein'schen Krankenhause 2 Fälle von *polycystischer Nierenentartung* mit, die *Mutter* und *Tochter* betrafen. Vielleicht hat es sich auch bei dem 9wöchigen Kinde der letzteren, das an einer Nierenerkrankung gestorben sein soll, um ein ähnliches angeborenes Leiden gehandelt.

Bei der *Mutter* handelte es sich um *doppelseitige Cystenniere*; die *Diagnose* wurde *während des Lebens gestellt*, und zwar hauptsächlich *durch die in der dunkelbraunen Punktionflüssigkeit aufgefundenen rosettenartigen Gebilde*. Diese schon früher von Beckmann und Förster beschriebenen Gebilde sollen für Cystennieren charakteristisch sein. Die Diagnose wurde durch die *Sektion* bestätigt: Pat. verstarb ganz plötzlich bei Gelegenheit der 3. Chloroformnarkose.

Bei der *Tochter*, der bereits beide Ovarien wegen Cystenbildung exstirpirt worden waren, fand sich nur die *rechte Niere cystisch degenerirt; Exstirpation; Heilung*.

Jacobson (217) beobachtete eine bisher stets gesunde 81jähr. Frau, die mit Schmerzen und zeitweiliger Anschwellung in der linken Bauchseite erkrankte. Durchfall, starker Kräfteverlust. Linksseitige fluktuirende *Nierengeschwulst*; geringe Albuminurie. Die Probepunktion ergab eine dicke gelbe Flüssigkeit mit zahlreichen Cholestearintafeln. ½ Jahr später war der Tumor von selbst verschwunden. *Tod* an Entkräftung. Die

Sektion ergab eine grosse, aus 2 Theilen bestehende *polycystische Geschwulst der linken Niere*; der obere Theil mit Eiter gefüllt und mit dem Harnleiter in Verbindung, der untere mit einer bräunlichen Flüssigkeit und zahlreichen Cholestearintafeln. Eine Verbindung der unteren Cyste mit Darm oder Harnleiter bestand nicht; letzterer war jedoch an einer Stelle durch die Cyste comprimirt und verengt.

Mc Intire (221): Doppelseitige *cystöse Nierendegeneration*. *Tod* an Urämie.

Atwood (205): Bei einem 27jähr. Manne hatte sich im Anschluss an ein 8 Jahre vorher erlittenes *Trauma* der rechten Seite eine rechtsseitige *cystöse Nierengeschwulst* gebildet. Zeitweise Schmerzen, Hämaturie, Abmagerung u. s. w. *Transperitonäale Nephrektomie*. Gestörte *Heilung*. Grosse, von der Niere ausgehende Cyste mit dunkler, eiweiss- und etwas eiterhaltiger Flüssigkeit. Nierensubstanz fast vollkommen verschwunden.

Floersheim und Ouvry (214) beobachteten bei einer 36jähr. Kr. eine fluktuirende Geschwulst der linken Bauchseite, die sie mit Wahrscheinlichkeit als *Hydatidencyste der Milz* diagnosticirten. Urin normal; Colon nicht über dem Tumor nachweisbar. *Laparotomie* (Routier): *Retroperitonäal gelegene*, vielfach verwachsene *Cyste*, deren Punktion 3 Liter einer tiefbraunen, geruchlosen Flüssigkeit ergab. Annähen der Cystenwandungen an die Bauchwunde. *Tod* am 5. Tage nach der Operation an Peritonitis. Die *Sektion* ergab eine retroperitonäale, mit Pankreas, Milz und linker Niere verwachsene *Blutcyste*, die von der *Capsula suprarenalis* ausgegangen war.

Fenwick (213) berichtet über einen 26jähr. Mann, bei dem sich kurze Zeit nach dem hohen Steinschnitt eine rasch wachsende, elastische und fluktuirende *Anschwellung der rechten Niere* ausbildete. *Lumbale Nephrotomie*. Entleerung von reichlicher, hellgelber Flüssigkeit, die ausserordentlich zahlreiche *Cholestearinkrystalle* enthielt. 14 Tage nach der Nephrotomie *Tod* an Entkräftung. Die *Sektion* ergab ausgedehnte *rechtsseitige Hydronephrose* in Folge Steinverstopfung des Ureters. Die incidirte Cyste bestand aus einem stark erweiterten Nierenkelch. *Linke Niere* vergrössert.

Beadles (207) hat ebenfalls in kleinen *Nierencysten* mit klarem Inhalte *Cholestearin* gefunden.

Braillon (209) giebt in einer unter der Leitung von Le Dentu entstandenen Abhandlung an der Hand der ziemlich vollständig aufgeführten Literatur (89 Fälle) eine genaue Beschreibung der Aetiologie, pathologischen Anatomie, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie des *Nierenechinococcus*. Namentlich die *Diagnose* und *Therapie* sind sehr genau berücksichtigt worden. Bezüglich der letzteren empfiehlt Br. als „Methode der Wahl" die *extraperitonäale, einzeitige Incision* der Cyste mit nachfolgender Drainage. Für die *Nephrektomie* bei Nierenechinococcus giebt es keine bestimmten Indikationen; man darf sie nach Eröffnung der Bauchhöhle nur dann ausführen, wenn eine andere Operation „absolut unmöglich" ist.

Gorsee (215): 19jähr. Mädchen mit rechtsseitigem Pleuraechinococcus und *Echinococcus des oberen Theiles der rechten Niere*. Vereiterung der apfelgrossen Cyste, Durchbruch durch das Zwerchfell in die Basis der atelektatischen Lunge, Communikation mit dem unteren rechten Bronchus. Urin normal; einmaliges starkes Erbrechen 3 Wochen vor dem *Tode*.

Imrédy (218) beschreibt einen *Nierenechinococcus* bei einem 28jähr. Manne, der seit 3 Monaten eine wachsende Geschwulst oberhalb des rechten Hüftbeinkammes bemerkte. Rechte untere Brusthälfte, Bauch und Lende vorgewölbt, untere Lungengrenze rechts hinten um zwei, rechts vorn um einen Rippenraum höher als normal. Geschwulst glatt, untere Grenze in der rechten Linea axillaris einen Finger unter dem Rippenbogen, ebenso in der Linea mammillaris. Confluenz mit der Leberdämpfung. Die Punktion im 6. und 7. Rippenraum ergab erst eine wenig blutige, dann mehr getrübte alkalische Flüssigkeit, wenig Eiweiss, viel Chlorsalze und Scolices enthaltend. Es wurde ein Leberechinococcus angenommen wegen der mit der Leber zusammenhängenden Dämpfung. Die Operation ergab, dass der Echinococcus von der rechten Niere ausging und, die Leber in ihrem Parenchym zerstörend, nach oben und links drängte. Einnähung des Sackes in die Bauchwand und offene Drainage. Die Hüllen entleerten sich nach einem halben Jahre. Aus Anlass des diagnostischen Irrthums wird auf die Bedeutung des in diesem Falle versäumten Aufblasens des Colons für die Diagnose von Bauchgeschwülsten hingewiesen.

Lafourcade (219): 48jähr. Mann mit 2-faustgrossem, rechtsseitigem *Nierenechinococcus*. *Transperitonäale Incision* und Entleerung der Cyste; theilweise Resektion der Cystenwandungen; Einnähen ihrer Ränder in die Wunde. Drainage, Naht. *Heilung*. 4 Monate später vollkommener Schluss der Fistel.

Treuberg (223): 21jähr. Matrose mit mannskopfgrossem, rechtsseitigem *Nierenechinococcus*. Querschnitt nach Péan. Einnähung des Sackes in die äussere Wunde; *Incision*. *Heilung* nach $2^1/_2$ Monaten.

IX. *Hydronephrose.*

225) Albarran, Physiologie pathologique de l'augmentation de volume du rein et de la polyurie dans les crises d'hydronéphrose intermittente. Semaine méd. XVI. 53. 1896.

226) Anderson, Nephrectomy for hydronephrosis. Lancet Dec. 14. 1895.

227) Basy, De l'hydronéphrose et de son traitement par l'urétéro-pyélo-néostomie. Progrès méd. 3. S. IV. 43. 1896.

228) Blackwood, B. M., Congenital hydronephrosis. Edinb. med. Journ. XLI. 10. p. 919. April 1896.

229) Brohl, Eine Nephrektomie bei Hydronephrose mit gleichzeitiger Splenektomie bei Splenolithiasis. Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 17. 1896.

230) Buchanan, G., Hydronephrosis distending the abdomen; spontaneous evacuation and recovery. Brit. med. Journ. March 2. 1895.

231) Butz, R. W., Zur operativen Behandlung der Hydronephrose. Ann. d. russ. Chir. 1. 1896. — Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 41. 1896.

232) Cabot, A. T., Observations upon acquired hydronephrosis. Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 17. p. 405. April 1896.

233) Cheyne, W., A case of floating kidney with intermittent hydronephrosis cured by fixing the kidney in the loin. Lancet March 30. 1895.

234) Cramer, K., Zur conservativen Behandlung der Hydro-, resp. Pyonephrose. Centr.-Bl. f. Chir. XXI. 47. 1894.

235) Desfosse et Tuffier, Hydronéphrose. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. Janv. 1896.

236) Elischer, Fall von Nephrektomie. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 25. 1896.

237) Gontermann, Nephrotomie und Nephrektomie. Inaug.-Diss. Kiel 1895.

238) Graser, E., Beitrag zur Pathologie u. chirurgischen Therapie der Nierenkrankheiten. Arch. f. klin. Med. LV. p. 465. 1895.

239) Henot, M., Du diagnostic différentiel entre la dilatation de la vésicule biliaire et l'hydronéphrose droite. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. 5. 1895.

240) Heinrichs, Hydronephrose mit 17 Liter Inhalt. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 12. 1896.

241) Lane, A., Case of congenital hydronephrosis

treated successfully by a novel method. Lancet Oct. 20. 1894.

242) **Lauwers**, Quelques observations de chirurgie rénale. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexnalorg. VII. p. 364. 1896.

243) **Lapointe, A.**, Hydronéphrose du rein droit. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 11. p. 367. 1896.

244) **Legueu**, Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère. Semaine méd. XVI. 53. 1896.

245) **Legueu, F.**, Pathogénie et traitement de l'hydronéphrose. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 982. 1896.

246) **Levi, Ch.**, Hydronéphrose consécutive à un prolapsus ancien et total de l'utérus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. IX. 1. Janv. 1895.

247) **Lindemann, W.**, Ueber Veränderungen der Vaskularisation der Niere bei Harnleiterunterbindung. Centr.-Bl. f. allgem. Pathol. u. pathol. Anat. VI. 5. 1895.

248) **Malthe, A.**, Nierenmangel u. Hydronephrose. Forhandl. i med. selskab. Oct. 23. 1895. — Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 27. 1896.

249) **Martin, E.**, Hydronéphrose congénitale chez un enfant de deux ans. Ablation. Guérison. Revue de Chir. XV. 4. p. 324. 1895.

250) **Mauny**, Hydronéphrose à marche suraiguë; laparotomie; néphrectomie secondaire; guerison. Semaine méd. XVI. 53. 1896.

251) **Mendelsohn, M.**, Hydronephrose. Sond.-Abdr. aus *Eulenburg's* Real-Encyklopädie d. ges. Heilkde. 3. Aufl. 1896.

252) **Meslay, R.**, et **V. Vaau**, Double urétère prostatique hydronéphrose coïncidant avec deux urétères sains s'abouchant dans la vessie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 747. 1896.

253) **Nacciarone, U.**, Ovariotomia bilaterale per doppia ciste ovarica; idronefrosi; nefrectomia col metodo lombare, nello stesso soggetto; guarigione. Rif. med. XII. 201. 1896.

254) **Navarro**, Contribution à l'étude des hydronéphroses. Thèse de Paris 1894.

255) **Newman, David**, Three renal cases. Glasgow med. Journ. XLVI. 1. p. 11. July 1896.

256) **Newman, David**, Cases illustrative of the relationship of moveable kidney to transitory hydronephrosis and intermittent albuminuria, and treatment by operation. Transact. of the clin. Soc. of London XXIX. p. 55. 1896.

257) **Nicolai, N.**, Ueber Ligatur der Nierengefässe bei Nierenerkrankungen, speciell bei der Hydronephrose. Habilitationsschrift. Kiel 1895.

258) **Oliver**, Ueber einen Fall von Hydronephrose. Lancet Jan. 25. 1896.

259) **Perkins, G. W.**, Case of hydronephrosis of thirty years duration with calcification of the inner portion of the wall of the cyst. Ann. of surg. I. p. 691. 1895.

260) **Pitt, G. N.**, Aberrant renal vessels as a cause of hydronephrosis. Transact. of the pathol. Soc. of London XLV. p. 107. 1894.

261) **Postnikow**, Hydroureter cum hydronephrosi. Nephroureterectomia. Arch. f. klin. Chir. XLIX. 3. p. 675. 1895.

262) **Reclus, P.**, Hydronéphrose bilatérale. Mercredi méd. 50. 1894.

263) **Ronville, G. de**, Hydronéphrose de rein mobile. Bull. de la Soc. anat. VIII. 16. 1894.

264) **Rovsing**, 3 Fälle von Hydronephrosis congenita. Hospit.-Tidende 7. 1895.

265) **Tóth, St.**, Hydronephrose in Folge schiefer Einmündung des Ureters. Laparonephrektomie. Centr.-Bl. f. Chir. XX. 43. 1896.

266) **Troisfontaines**, Hydronéphrose par obstruction calculeuse de l'urètère. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1117. 1895.

267) **Tuffier**, De l'hydronéphrose intermittente par coudure de l'urètère. Semaine méd. XVI. 20. 1896.

268) **Viertel**, Demonstration eines Falles von intermittirender Hydronephrose. Med. Sektion d. schlesischen Gesellsch. f. vaterländ. Cultur 1895.

269) **Weber, G.**, Sur un cas de colite pseudo-membraneuse, coïncidant avec un rein flottant compliqué d'hydronéphrose intermittente, guéri par la néphrorrhaphie. Bull. gén. de Thér. LXIII. 45. 1894.

Auch über die *Hydronephrose* ist in den letzten Jahren wieder eine grössere Anzahl von Arbeiten, allerdings meist nur casuistischen Inhaltes, erschienen. Eine besondere Klärung hat namentlich das Verhältniss zwischen *Wanderniere* und *intermittirender Hydronephrose* gefunden. Die Mehrzahl der Chirurgen ist hier auch einig, dass in diesen Fällen zunächst ein Versuch mit der *Nephrorrhaphie* zu machen ist, um Wanderniere und intermittirende Hydronephrose zugleich zu beseitigen.

Die *Therapie der gewöhnlichen*, angeborenen oder erworbenen *Hydronephrose* unterliegt noch immer Schwankungen. Auch die nachstehende Casuistik enthält wiederum eine grössere Anzahl von *primären Nephrektomien* wegen *Hydronephrose*, die vom conservativen Standpunkte aus zunächst sicher keine Berechtigung haben. Wir stehen ganz auf der Seite Küster's, der es geradezu als einen Fehler bezeichnet, wenn eine Hydronephrose (auch eine wahre oder primäre Pyonephrose) zunächst durch eine andere Operation in Angriff genommen wird, als durch die *Nephrotomie*. Bei noch nicht angerührter Sackniere hat die Nephrektomie keine Berechtigung; sie kann nur als Nachoperation, zur Beseitigung einer sonst unheilbaren Fistel in Frage kommen, vorausgesetzt, dass die Gesundheit der anderen Niere verbürgt ist und eine anderweitig erhaltende Operation wie die Resektion des Harnleiters nicht angängig erscheint.

Eine sehr eingehende und sorgfältige Bearbeitung der *Hydronephrose* hat Mendelsohn (251) geliefert. Auch er befolgt bezüglich der *Therapie* streng *conservative* Grundsätze. „Die Frage, ob bei der Hydronephrose nur die *Incision* in die Niere oder deren *Exstirpation* die geeignete Operation sei, ist vielfach diskutirt worden; sie ist zur Zeit wohl als dahin gelöst anzusehen, dass zunächst allein die *Nephrotomie* zur Anwendung gelangt und nur dann, wenn diese zu einer vollständigen Beseitigung des Uebels nicht genügt oder wenn der Kranke unter den durch sie geschaffenen Verhältnissen in keinen wenigstens leidlich erträglichen Zustand kommen kann, ist die *sekundäre Nephrektomie* anzuschliessen.“ Nur in ganz besonderen Fällen ist die *primäre Nephrektomie* gerechtfertigt.

Bei einer Besprechung der *Pathogenese der Hydronephrose*, und zwar ganz besonders der *intermittirenden Hydronephrose*, hebt Legueu (244) hervor, dass man einen genauen Einblick in die Entstehung nur auf experimentellem Wege erlangen könne.

Die *Behandlung der Hydronephrose* hat sich vor

allen Dingen nach der Ursache zu richten. Die Nephrorrhaphie ist das beste Mittel, um die Entstehung von Hydronephrose zu verhindern. Bei grossen Hydronephrosen mit vollkommener Zerstörung des Nierengewebes ist die abdominale Nephrektomie vorzunehmen, bei kleineren Hydronephrosen die lumbale Nephrotomie.

Nach den experimentellen Untersuchungen, die Albarran (225) zusammen mit Guyon angestellt hat, hängt die Vergrösserung der Niere bei der *intermittirenden Hydronephrose* in den ersten Perioden der Krankheit mehr von der Congestion der Niere, als von der Urinretention ab; in den vorgeschritteneren Perioden der Krankheit ist das Verhältniss umgekehrt. Die am Ende einer Krise beobachtete Polyurie ist die Folge einer vermehrten Sekretion und nicht der plötzlichen Lösung eines Abflusshindernisses für den angestauten Urin.

Lindemann (247) fand bei einer Reihe von Experimenten, die er über die *Pathogenese der Hydronephrose* am Hunde anstellte, mehrmals bei der Sektion *schwere Veränderungen in der Vaskularisation* der operirten Niere. Die Harnleiterunterbindung hatte eine Entwickelung der arteriellen und venösen Anastomosen in der Cortikalsubstanz zur Folge.

L. glaubt aus seinen Versuchen annehmen zu dürfen, dass Harnleiteratresie und Stenose verschiedene Folgen haben können, die je nach dem Grade der Stenosirung verschieden und doch nahe verwandt sind. Diese Folgen sind: *Uronephrose* bei schwach ausgesprochener Harnleiterstenose; *Hydronephrose* bei stärker ausgeprägter Harnleiterstenose; *akute Nierenatrophie* nach vollständiger Harnleiteratresie. Die Entwickelung der Collateralen kann nicht schnell genug eintreten und der ganze sekretorische Apparat geht verloren. Es wird dabei begreiflicher Weise nichts abgesondert und das Nierenbecken bleibt leer.

Nicolai (257) hat *experimentelle Untersuchungen über Ligatur der Nierengefässe bei Nierenerkrankungen, speciell bei Hydronephrose* angestellt. Bei mehreren Kaninchen erfolgte nach der Gefässligatur eine Schrumpfung der Niere und Resorption des Hydronephroseninhaltes. Auch bei Hydronephrosefisteln wurde die Wirksamkeit der Gefässligatur geprüft; in einem Falle schloss sich danach die Fistel.

Mit der Uebertragung dieser Thierexperimente auf die menschliche Pathologie und Therapie ist N. mit Recht sehr vorsichtig. „In erster Linie wird immer bei der Hydronephrose die Nephrotomie in Betracht kommen, da ja möglicher Weise der Ureter wieder gangbar werden kann und man nicht unnöthig eine Niere opfern wird. Mit der Nephrektomie würde die Ligatur der Nierengefässe, als Methode angewandt, den Nachtheil gemein haben, dass das in der betreffenden Niere noch vorhandene, eventuell noch sekretionsfähige Gewebe für den Organismus verloren ist. Dabei ist keine Garantie dafür vorhanden, dass die Ligatur immer so harmlos mit regressiven Processen verläuft wie im Thierexperiment. Es kann ja auch einmal zu brandigen Processen kommen.“ In einem Falle möchte N. die Ligatur der Nierengefässe vielleicht schon jetzt für angezeigt halten; nämlich dann, wenn eine Exstirpation einer hydronephrotischen Niere, bez. einer Niere, die bei derselben Erkrankung nach Nephrotomie eine nicht versiegende Fistel hat, nöthig wird und wegen ausgedehnter Adhäsionen und Verwachsungen gar nicht oder nur theilweise möglich ist. Namentlich im letzten Falle wäre bei guten Abflussverhältnissen für die Sekrete die Ligatur in Betracht zu ziehen, um die aus dem Reste der Niere bestehende Sekretion zum Stillstande zu bringen. Die Gefässe würden sich aller Erwartung nach ohne wesentliche Schwierigkeit transperitonäal unterbinden lassen.

Cramer (234) hebt hervor, dass die normale Niere kaum ein Nierenbecken hat, sondern dass die Kelche ihren Inhalt an der tiefsten Stelle in den Ureter abgeben. Diese Verhältnisse ändern sich bei der *Wanderniere mit fixirtem Ureter.* Senkt sich hier die Niere nach vorn und nach der Mittellinie zu, so mündet der Ureter nicht mehr an der tiefsten Stelle in die Niere ein, sondern etwas oberhalb. Auf diese Weise beginnt die Urinstauung in der Niere; es wechseln Angefülltsein des Beckens mit Entleerung und Senkung der Niere mit Hebung ab. Wird die fixirende Schädlichkeit am Ureter nicht gehoben, so rückt allmählich der Ureter an der hinteren oder vorderen Seite in die Höhe und es entsteht der bekannte *Klappenmechanismus.* Dieser kann auch entstehen durch Enge des Ureteranfanges, Schlängelung und Faltenbildung im Ureter. Tritt zur Hydronephrose irgend eine Infektion, so entsteht eine *Hydro-Pyonephrose.* Bei der *Behandlung dieser Hydro- und Pyonephrosen* wird man dahin streben müssen, *den Ureteranfang wieder an die tiefste Stelle des Nierenumfangs zu legen.* Bardenheuer, der in diesen Fällen bisher meist die Nephrektomie vorgenommen hat, bevorzugt jetzt, um ein so lebenswichtiges Organ, wie die Niere, nicht nutzlos zu opfern, die *Nephrotomie.* Er beobachtete an seinem grossen Krankenmateriale Folgendes: „Auch in ganz enorm grossen Nierensäcken mit vielleicht nur $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ cm dicker Wandung und serösem, blutig-serösem oder eitrigem Inhalt ist stets noch regenerationsfähiges und sekretionsfähiges Nierengewebe vorhanden. Nach Incision des Nierensackes zieht sich die Wand dieses Sackes mit dem darin noch erhaltenen Nierengewebe unter gleichzeitiger Verdickung der Wandung so zusammen, dass man schon nach einigen Wochen nur noch eine vielleicht um das Doppelte vergrösserte Niere vor sich hat. Verschafft man dieser letzteren Niere wieder einen Abfluss an ihrer tiefsten Stelle, so kann man auf

die Wiederherstellung eines funktionstüchtigen Organs rechnen."

So hat Bardenheuer bei einem 49jähr. Kr. den Ureter da, wo er in der Sackwand selbst verlief, gespalten und mit ihm zugleich die Wand der Sackniere bis an ihre unterste tiefste Stelle. Die Ureterwand wurde mit der entsprechenden Sackwand vereinigt. Auf diese Weise wurde der Abfluss aus dem Nierenbassin wieder an die tiefste Stelle gebracht. Auffallend rasche Schrumpfung des Hydronephrosensackes. Der Urin war nach 3 Wochen klar. *Heilung* bis auf eine kleine Fistel (Ligaturfaden ?).

Bei einer 45jähr. Dame mit Pyonephrose durchschnitt Bardenheuer den Ureter quer und nähte ihn dann an der tiefsten Stelle des Nierensackes ein. *Heilung* mit kleiner Fistel. Urin klar.

Levi (246) berichtet über eine 52jähr. Kr. mit einem seit 10 Jahren bestehenden *totalen Uterusprolaps. Vaginale Hysterektomie* (Tuffier). *Tod* im Collaps.

Die *Sektion* ergab interstitielle Nephritis der linken Niere, sowie *starke Erweiterung des linken Nierenbeckens und Ureters* bis an die Blasenmündung. Keine Compression des Ureters. Rechte Niere und Ureter normal.

L. glaubt, dass in diesem Falle durch den Zug des prolabirten Uterus eine Abplattung der untersten Partie der linksseitigen Ureterenwandungen und dadurch eine *Hydronephrose* entstanden ist.

Pitt (260) beschreibt 4 *Hydronephrosen*, die verursacht waren *durch Abknickung des Ureters durch abnorm verlaufende Nierengefässe.*

Pawlik (162): 50jähr. Frau mit mannskopfgrosser rechtsseitiger *Hydronephrose*. Die *Katheterisation* der Ureteren ergab, dass vielleicht die Hälfte, jedenfalls ein Drittel, der rechten Niere funktionfähig war, wenn auch das Parenchym nicht ganz intakt war. *Laparotomie. Gablige Theilung des rechten Ureters in der Nähe der Niere und partielle Hydronephrose der rechten unteren Nierenhälfte. Partielle Nephrektomie.* Catgutnaht. *Heilung.*

Anderson (226) berichtet über 5 Fälle von *Hydronephrose*. 2mal handelte es sich um *intermittirende Hydronephrose: Nephrektomie, Heilung.* 3mal bestand neben der Hydronephrose eine abnorme Beweglichkeit der Niere. Der eine von diesen Kranken wurde durch die *Nephrorrhaphie* geheilt, die beiden anderen durch die *Nephrektomie*.

Blackwood (228) theilt folgende 2 Fälle von *angeborener Hydronephrose*, bez. *Hydroureter* mit.

1) Kind mit dickem Leib geboren; starb 16 Tage nach der Geburt. Nieren und Nierenbecken normal. Linker *Ureter* von der Weite des Dickdarms mit mehreren besonders stark dilatirten Stellen; Schleimhaut innen stark gefaltet. Uebergangsstellen an Nierenbecken und Blase (?) normal.

2) 8-Monatkind. *Sektion.* Multiple kleine Cysten in der linken Niere. Becken nicht erweitert. *Ureter* wurstförmig, dickdarmstark. Im Innern bildeten starke Schleimhautfalten Taschen, die ein Passiren der Sonde verhinderten. Blase dilatirt, Striktur in der Urethra.

Buchanan (230) berichtet über einen Fall von *spontaner Heilung* einer ausgedehnten *Hydronephrose*, nachdem sich der Sack nach einer Punktion rasch wieder gefüllt hatte. Entleerung colossaler Mengen Urins auf natürlichem Wege. *Dauernde Heilung.*

A. Malthe (248) machte bei einem 20jähr. Mädchen mit wahrscheinlich angeborener linksseitiger *Hydronephrose* die *Nephrotomie*. Annähung der Cyste an die Bauchwand, Drainage. Durch die Urethra ging kein Tropfen Urin ab. Pyelitis, multiple Nierenabscesse. *Tod* nach mehreren Wochen an Urämie. Die *Sektion* ergab *angeborenen Mangel der rechten Niere*, deren Anlage sich als einige haselnussgrosse Blasen, wie Nierenlebi angeordnet, zeigte.

Perkins (259): 39jähr. Mann mit 30 Jahre alter *Hydronephrose. Incision*; Entleerung von trüber eiweissreicher Flüssigkeit und festen breiig-kalkigen Massen. Die verkalkten Cystenwandungen konnten nicht mit entfernt werden. Tamponade. Nach 8 Wochen *Tod* durch Blutung in den Cystenraum. Ein grösseres offenes Gefässlumen konnte bei der Sektion nicht gefunden werden.

Operationen bei gewöhnlicher Hydronephrose.

Bishop: 21jähr. Kr. mit ausgedehnter rechtsseitiger *Hydronephrose*, hervorgerufen durch eine Abknickung des Ureters. *Nephrektomie. Heilung.* Niere in eine grosse Cyste umgewandelt.

Brohl (229) beobachtete einen 48jähr. Kr. mit linksseitiger *Hydronephrose*. Heftige Schmerzen, starke Blutungen u. s. w. Hinterer Thürflügelschnitt nach Bardenheuer. *Nephrektomie. Gleichzeitige Entfernung der von Steinen durchsetzten Milz. Heilung* ohne nachweisbare, durch die Milzexstirpation bedingte Störungen. In der Niere und im stark erweiterten Nierenbecken keine Steine.

Desfosse und Tuffier (235. 267) *entfernten* bei einem 37jähr. Manne, der seit Jahren an heftigsten Nierenkoliken litt, die *hydronephrotische Niere*. Der Ureter war durchgängig, aber um die Gefässe geschlungen und wurde in seiner fehlerhaften Lage durch ein kleines fibröses Ligament gehalten. Keine Conkremente.

Elischer (236): 56jähr. Kr. mit *Hydronephrose*. Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.*

Lane (241) hat in einem Falle von angeborener, linksseitiger *Hydronephrose* bei einem 14jähr. Knaben, der schon mehrfach punktirt worden war, dadurch *Heilung* herbeigeführt, dass er die *noch vorhandene secernirende Nierensubstanz entfernte*, den grossen geöffneten Cystensack aber zurückliess.

Lauwers (242): 1) 20jähr. Mann mit rechtsseitiger *Hydronephrose*. Harnleiter durchgängig; noch funktionirendes Nierengewebe vorhanden. Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.*

2) 7jähr. Knabe mit congenitaler rechtsseitiger *Hydronephrose*. Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.*

3) 40jähr. Frau. Rechtsseitige *Hydronephrose*, wahrscheinlich in Folge von Wanderniere. Ureter durchgängig; funktionirendes Nierengewebe noch vorhanden. Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.*

Lapointe (243): 23jähr. Mädchen mit seit 7 Jahren bestehender rechtsseitiger *Hydronephrose*. Urin normal. *Transperitonäale Nephrektomie.* Ursache der Hydronephrose nicht nachweisbar. *Heilung.*

Martin (249): Ausgedehnte *angeborene* linksseitige *Hydronephrose* bei einem 2jähr. Kinde, wahrscheinlich in Folge Verengerung des renalen Ursprungs des Harnleiters. *Punktion*, dann *Incision* des Sackes; *Exstirpation* von einem schrägen, extraperitonäalen Schnitte aus.

Oliver (258): Umfangreiche rechtsseitige *Hydronephrose*, innerhalb 12 Monaten entwickelt, zeitweise Hämaturie. Punktion; Laparotomie, *Nephrektomie. Heilung.*

Postnikow (261) entfernte bei einer 55jähr. Frau eine linksseitige *Hydronephrose* mittels Laparotomie. Die Niere war in einen grossen Sack verwandelt, der Ureter stark erweitert. 13 kleinere Conkremente konnten aus ihm entfernt werden; ein grösseres war so fest eingekeilt, dass es nicht herauszubekommen war. Isolirung des Ureters, Unterbindung desselben 2 cm von der Harnblase; *Nephro-Ureterektomie. Heilung.*

Einen sehr interessanten Fall von *doppelseitiger Hydronephrose* beobachtete Reclus (262) bei einem 32jähr. Kranken. Die *linksseitige* Geschwulst, die verschiedentlich punktirt wurde, erreichte ganz collosale Dimensionen: bei einer Punktion wurden 18 Liter [!] Flüssigkeit entleert. Während ihres 9jährigen Bestehens war diese Hydronephrose wenigstens 6 Jahre lang „geschlossen". Bei der *Sektion* ergab sich kein einziger Anhaltepunkt für die Entstehung der linksseitigen Geschwulst. Es fand sich aber auch die *rechte Niere* stark

hydronephrotisch entartet, und zwar in Folge mehrfacher Torsionen des Harnleiters. Klinisch war die rechtsseitige Hydronephrose nicht diagnosticirt worden. R. *entfernte* den linksseitigen Tumor *transperitonäal*, um dabei auch die rechte Niere palpiren zu können. Dies gelang ihm aber nicht. Pat. *starb* bald nach der Operation urämisch.

Reveing (264) theilt 3 Fälle von *angeborener Hydronephrose* mit.

1) 9monat. Mädchen. Rechtsseitige *Hydronephrose*. Lumbale *Nephrektomie*. *Heilung*. Schiefe Insertion des Ureters mit klappenartigem Verschluss bei Füllung des Sackes.

2) 8monat. Kind mit Spina bifida und *Hydronephrose*. Operation verweigert.

3) 6monat. Knabe. Urinverhaltung; schwierige Katheterisation. *Tod*. Der rechte, stark erweiterte Ureter mündete in eine mit dem unteren Theile der Urethra in Verbindung stehende Höhle. *Hydronephrose* der rechten Niere.

Auch wenn die Hydronephrose keine Beschwerden macht, empfiehlt R. die Operation, da er einmal hämatogene Infektion des Hydronephrosensackes mit tödtlichem Ausgange beobachtet hat.

Tóth (265): 39jähr. Frau mit mannskopfgrosser, rechtsseitiger *Hydronephrose*. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung*. Die Einmündungsstelle des Ureters durchsetzte die Sackwandung in schiefer Linie, in Folge dessen eine durch eine Duplikatur gebildete Klappe entstanden war.

Troisfontaines (266): 36jähr. Kranke; seit 22 J. zeitweise rechtsseitige Lendenschmerzen. Seit 1 Jahre fluktuirende rechtsseitige Bauchgeschwulst. Transperitonäale *Nephrektomie*. *Heilung*. Der Tumor erwies sich als eine *Hydronephrose* mit vollkommenem Schwund des Nierengewebes. Der Sack enthielt 27 Steine, der grösste hielt die Ureterenmündung vollkommen versperrt.

Operationen bei intermittirender Hydronephrose.

Cabot (232): 32jähr. Fräulein mit rechtsseitiger *Wanderniere* und *consekutiver Hydronephrose*. Abdominale Probeincision. Punktion von der Lumbalgegend aus. Nach 14 Tagen begann sich der Sack wieder zu füllen. *Nephrotomie*. Trichterförmige Ureterenmündung; Ureter selbst gewunden. Einführen eines elastischen Bougie (Nr. 6 französisch) in den Ureter bis in die Blasengegend. Drainage des Nierenbeckens; Naht der Sackwandungen an die Wundränder. Entfernung des Bougies nach $3^1/_2$, des Drainrohrs nach 19 Tagen. Durchgängigbleiben des Ureters. Vorübergehende kleine Retention, dann vollkommene *Heilung*. In der rechten Nierengegend leichte Resistenz, aber kein Tumor. 7 Monate nach der Operation war der Ureter noch vollkommen durchgängig.

W. Cheyne (233) beseitigte bei einer 35jähr. Frau, die seit 4 Jahren an schweren Erscheinungen litt, eine *intermittirende* linksseitige *Hydronephrose*, dadurch, dass er die *bewegliche linke Niere* durch Nähte an ihrem normalen Platze *fixirte*. *Heilung*. Ausbleiben der Anfälle.

Graser (238): *Intermittirende Hydronephrose* bei einem 27jähr. Kranken. Dauernde Beseitigung durch Hochlagerung und Befestigung der Niere.

Heinrichs (240) berichtet über einen Fall von wahrscheinlich *congenitaler intermittirender Hydronephrose*, die von A. Martin transperitonäal *entfernt* wurde. Der Sack enthielt 17 Liter Flüssigkeit. In der im Uebrigen bindegewebigen Wand des Tumor fand sich ein handtellergrosses Stück von ziemlich normalem Nierengewebe. *Heilung*.

Legueu (245) hat bei einer Kr., die seit 5 Jahren an *beweglicher Niere* und *consekutiver Hydronephrose* litt, die *lumbale Nephrektomie* ausgeführt, weil das Nierenparenchym bis auf Papierdicke reducirt war. Rasche *Heilung*. Am obersten Theile des Ureters, entsprechend dem Uebergange in das Nierenbecken, zeigte sich eine sehr starke, aus Narbengewebe gebildete Verengerung. Sie war wahrscheinlich in Folge einer chronischen Entzündung entstanden, hervorgerufen durch die seit 20 Jahren bestehende abnorme Beweglichkeit der Niere.

Newman (256) theilt 4 Fälle von *beweglicher Niere und dadurch bedingter transitorischer Hydronephrose und intermittirender Albuminurie* mit. In 2 Fällen (35jähr. und 34jähr. Kranke) war die Hydronephrose wahrscheinlich durch eine Torsion des Ureters bedingt. In den beiden anderen Fällen, die mit beträchtlicher Albuminurie und Cylindrurie verliefen, bestand jedenfalls auch eine Torsion der Nierengefässe. *Alle 4 Kranke wurden durch die Nephrorrhaphie vollkommen geheilt.*

de Rouville (263) berichtet von einer 33jähr. Kr., die sich in Folge einer starken Anstrengung eine linksseitige *Wanderniere* und im Anschlusse daran die Erscheinungen einer *intermittirenden Hydronephrose* zuzog. Nach 4 Jahren trat in Folge einer abermaligen starken Anstrengung eine linksseitige Nierengeschwulst auf; die Symptome der intermittirenden Hydronephrose liessen nach. Abdominale *Nephrektomie* (Duplay). *Heilung*.

Die Untersuchung der exstirpirten Hydronephrose ergab sehr interessante Verhältnisse. Der extrarenale Theil des Nierenbeckens war stark vergrössert und der Niere wie eine Cyste aufgelagert. Der Ureter war in eigenthümlicher Weise abgeknickt.

Viertel (268) berichtet über folgenden Fall von *intermittirender Hydronephrose*: Der 21jähr. Kr. bemerkte seit seinem 6. Lebensjahre in ca. 4wöchentlichen Zwischenpausen zunächst das schnelle Auftreten einer mannsfaustgrossen, prallen Geschwulst in der Unterbauchgegend etwas links von der Mittellinie, dem am nächsten Tage heftige, kolikartige Leibschmerzen folgten, die, von copiösem Erbrechen begleitet, sich zu fast unerträglicher Höhe steigerten, um nach 24—36 Stdn. wieder nachzulassen. Zugleich schwand alsdann unter sehr reichlicher Urinentleerung die Geschwulst. *Transperitonäale Incision* beim Eintritte eines Anfalles. Es entleerte sich eine grosse Menge klarer, neutral reagirender, farb- und geruchloser Flüssigkeit von 1005 spec. Gewicht, die keinen Harnstoff enthielt. Der durch die Wunde in den Sack geführte Finger gerieth in eine durch vorspringende Septa mit vielen Buchten ausgestattete Höhlung. Zwischen letztem Lenden- und 1. Kreuzbeinwirbel erreichte man mit der äussersten Fingerkuppe eine spornartige Falte. Nach dem Befunde musste man annehmen, dass sich die intermittirende Hydronephrose hier auf dem Boden einer angeborenen Dystopie der linken Niere (mit entsprechend kürzerem Harnleiter?) entwickelt hatte. Da durch die Unwegsamkeit des linken Harnleiters eine retrograde Erweiterung von der Blase aus ausgeschlossen, Pat. auch mit seinem jetzigen Zustande (er trägt einen Recipienten und hat nie wieder einen Anfall gehabt) sehr zufrieden ist, ist Weiteres zunächst abzuwarten.

In einem ähnlichen Falle würde V., natürlich aseptischen Inhalt der Cyste vorausgesetzt, von einer Laparotomie aus eine breite Anastomose zwischen dem unteren Pole der Geschwulst und dem Scheitel der Blase anlegen und so den Harnleiter dauernd ausschalten (*Nephrocystanastomosis*).

Weber (269): Ein 28jähr. Mädchen hatte sich im Anschlusse an einen Fall aus dem Wagen eine rechtsseitige *Wanderniere* mit consekutiver *intermittirender Hydronephrose* zugezogen. Ausserdem litt sie an einer sehr hartnäckigen pseudomembranösen Colitis. *Nephropexie*. *Heilung*; auch die pseudomembranöse Colitis verschwand rasch.

X. *Pyonephrose; Pyelonephritis. Peri- und Paranephritis.*

270) App, Ein Fall von eitriger Pyelonephritis. Inaug.-Diss. München 1895.

271) v. Bardeleben, Doppelseitige Pyonephrose. Charité-Annalen XXI. p. 476. 1896.

272) Baumgarten, S., Eitrige Entzündung der Fettkapsel der linken Niere als seltene Folge von Pleu-

ritis. Frühzeitige Operation; Heilung. Pester med.-chir. Presse 28. 1894.

273) Bazy, Note sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement des pyelo-néphrites suppurées. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 943. 1896.

274) Brown, T., A case of cystitis, pyelo-nephritis, and pyonephrosis due to colon-bacillus infection. Med. and surg. report of the Presbyterian Hosp. I. p. 190. 1896.

275) Caspor, L., Die Behandlung der Pyelitis mit Nierenbeckenausspülungen per vias naturales. Wien. med. Presse XXXVI. 38—40. 1895.

276) Dice, Report of a case of neurotic bladder trouble and subsequent pyelonephritis, relieved by nephrotomy. Med. and surg. Reporter 20. 1896.

277) Duret, H., Volumineuse pyonéphrose très ancienne, à paroi fibro-cartilagineuse, à contenu puriforme d'origine probablement congénitale. Extirpation. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 1008. 1896.

278) Flaischlen, Exstirpation einer Pyonephrose durch Laparotomie. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XIX. 27. 1895.

279) Follet, Pyélo-néphrite suppurée datant de 10 ans, d'origine typhique. Néphrotomie suivie de néphrectomie. Bull. de la Soc. anat. de Paris 5. S. IX. 1. p. 2. Janv.—Févr. 1895.

280) Guyon, F., Quelques remarques sur les pyonéphroses. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. I. 1895.

281) Hirschlaff, Bakteriolog. Befund bei einem Falle von Pyonephrose. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 32. 1896.

282) Hogge, A., Un cas d'urétéro-pyélite unilatérale avec pyonéphrose intermittente. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. 2. 1895.

283) Hogge, Pyonéphrose, néphrotomie, mort dans l'anurie cinquante-huit heures après l'opération. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 165. 1896.

284) Johnson, Joseph Taber, Hydro-pyonephrosis; successful removal of a 44-pund tumor of the kidney. Med. News LXVI. 7. p. 182. 1895.

285) Jordán, F., Zwei geheilte Fälle von Perinephritis purulenta. Pester med.-chir. Presse 10. 1896.

286) Kelly, H., The treatment of pyo-ureteritis and pyo-nephrosis by ureteral and renal catheters. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 59—60. p. 50. Febr.—March 1895.

287) Kreibich, K., Zur Aetiologie abdominaler Abscesse. Wien. klin. Wchnschr. IX. 39. 1896.

288) Laroche, Rein unique atteint de pyélonéphrite. Mort subite. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 173. 1896.

289) Lennander, K. G., u. C. Sundberg, Perinephritis acuta post nephritidem ascendentem gravidae (Bacterium coli commune). Upsala läkarefören. forhandl. XXIX. p. 384. 1895. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 51. 1895. — Jahrbb. CCLIII. p. 182.

290) Lilienthal, The diagnosis and treatment of surgical renal disease. Ann. of surg. March 1896.

291) Maass, H., Die eitrigen Entzündungen der Nierenfettkapsel. v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. 170. 1896.

292) Mantovano, Ascesso epatico operato, e successivamente apertosi nella pelvi renalo. Riforma med. XIII. 34. 1897.

293) Mohr, Pyonephrose. Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 13. 1896.

294) Mc Nicoll, J., A case of nephrectomy: recovery. Brit. med. Journ. April 20. 1895.

295) Niebergall, Die primären u. sekundären Eiterungen in dem die Niere umgebenden Fettbindegewebe (primäre u. sekundäre Paranephritis). Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXV. 8 flg. 1896.

296) Olivieri, Contribute all' etiologia della pionefrosi. Riforma med. X. 168. 1894.

297) Prochownick, „Surgical kidney". Deutsche med. Wchnschr. XXII. 28. Beil. 1896.

298) Routier, A., Pyélo-néphrite. Néphrectomie. Guérison. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 939. 1896.

299) Rovsing, Th., Pseudomembranöse Pyelitis. Mon.-Ber. über d. Gesammtleistungen auf d. Gebiete d. Harn- u. Sexualapparate II. I. 2. 1897.

300) Sachs, W., Der subphrenische Abscess im Aeschluss an die perityphlit. u. perinephrit. Eiterung. Arch. f. klin. Chir. L. 1. p. 16. 1895.

301) Schahert, A., Zur Differentialdiagnose der Pyelitis u. Cystitis. Petersb. med. Wchnschr. XIX. 42. 1894.

302) Schede, Exstirpation einer Eiterniere. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 46. Beil. 1895.

303) Schmidt, J., Pyonephrose. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 29. Beil. 1896.

304) Socin, Markers u. Hägler, Jahresbericht über die chirurg. Abtheilung des Spitals zu Basel 1893. Basel 1894.

305) Stoiner, Akute eitrige Paranephritis, entstanden durch Platzen eines Nierenabscesses. Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 13. 1896.

306) Wanner, R., Pyonephrose mit letaler Exacerbation im Wochenbett. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 17. 1895.

307) Watson, F. S., Cases illustrating renal surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 1. p. 14. July 1896.

308) Way, J. H., A clinical view of pyelitis, with report of a recent case successfully treated by iecision and drainage. Med. News LXIX. 13. p. 351. Sept. 1896.

309) Williams, H., The bacillus aërogenes capsulatus in a case of suppurative pyelitis. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VII. 61. p. 66. April 1896.

310) Winter, Eine durch Laparotomie exstirpirte Pyonephrose. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XIX. 31. 1895.

Auch bei der *Pyonephrose* haben sich die therapeutischen Anschauungen noch nicht geklärt. Mit Schuld hieran ist jedenfalls der Umstand, dass man unter *„Pyonephrose"* ganz verschiedene Krankheitbilder begreift. Abgesehen von der *calculösen Pyonephrose,* die ein Stadium der Nephrolithiasis bildet, versteht man unter Pyonophrose einmal *die durch Sekretstauung hervorgerufene sackartige Ausdehnung des Nierenbeckens durch eiterigen Inhalt,* dann aber auch das *Endstadium der Pyonephritis,* d. h. einen Zustand, in dem das Nierenparenchym von Abscessen durchsetzt ist, die mehr oder weniger zusammenfliessen und schliesslich auch zur Bildung eines einzigen Eitersackes führen können. Der erstere Zustand steht ätiologisch auf einer Stufe mit der Hydronephrose. Küster hat deshalb auch die durch Sekretstauungen hervorgerufenen sackartigen Ausdehnungen des Nierenbeckens, deren Inhalt bald wässerig, bald eiterig ist, unter dem Namen *Sackniere* oder *Cystonephrosis* zusammengefasst. Gegen diese Zusammenfassung ist von Manchen Widerspruch erhoben worden, dessen Berechtigung wir allerdings nur zum Theil anerkennen. Es ist deshalb vielleicht einfacher, wie auch Perthes vorschlägt, zwischen *primärer und sekundärer Pyonephrose* zu unterscheiden.

Primäre Pyonephrose bedeutet die durch eiterige Sekretstauung hervorgerufene Ausdehnung des Nierenbeckens. *Sekundäre Pyonephrose* ist gleich-

bedeutend mit dem Endstadium der Pyelonephritis, das zu eiteriger Einschmelzung des Nierenparenchyms geführt hat.

Therapeutisch sollte bei der *primären Pyonephrose,* ebenso wie bei der Hydronephrose, zunächst nur *conservativ,* d. h. mittels *Incision und Drainage* vorgegangen werden; dagegen ist in allen schwereren Fällen von *sekundärer Pyonephrose* von vornherein die *primäre Nephrektomie* angezeigt.

Wir berichten zunächst über einige Arbeiten *ätiologischen Inhaltes.*

Bazy (273) meint, die *Pyelonephritis* entstünde dadurch, dass Mikroben, die eventuell die Niere passiren, in einer Knickung des Ureters festgehalten werden und eine Infektion des letzteren herbeiführen, die sich dann auf Nierenbecken und Niere ausdehnt. Die zweckmässigste *Behandlung* der Pyelonephritis ist eine einfache *Incision;* die *Nephrektomie,* abdominal oder lumbal, kommt erst in zweiter Linie in Betracht.

Hirsohlaff (281) fand in dem durch Probepunktion gewonnenen *Pyonephroseneiter* einen Bacillus, der in allen seinen Merkmalen mit dem von Escherich sogenannten *Bact. lactis aërogenes* übereinstimmte. Die Frage, auf welchem Wege hier der Darmbacillus zum Erreger der Pyonephrose wurde, liess sich nicht entscheiden. Der Kranke, ein 35jähr. Mann, wurde durch Incision und Drainage vollkommen geheilt.

Brown (274) fand bei einem 40jähr. Kr. mit *Cystitis* und *linksseitiger Pyonephrose* sowohl in dem Blasenurin, als in dem Inhalte der extraperitonäal *exstirpirten Niere* Reinculturen des *Bacillus coli communis.*

Auch in 2 anderen Fällen von „*septischer Niere*" fand B. den *Bacillus coli.*

Lennander (289) hat in einem Falle von *Perinephritis* nach dem Wochenbette die Niere freigelegt und ein kirschengrosses Stück der Nierensubstanz herausgeschnitten; die *mikroskopische Untersuchung* ergab eine aufsteigende, eiterige, interstitielle Nephritis. Im Nierengewebe und im Harn war das *Bacterium coli commune* nachzuweisen.

Olivieri (296) fand ebenfalls bei einem 27jähr. Kr. mit linksseitiger *Pyonephrose* im Urin und im Eiter der *incidirten Niere* das *Bacterium coli commune.*

Die Schwierigkeiten und Irrungen, die sich bei der *Differentialdiagnose zwischen Pyelitis* und *Cystitis* ereignen können, namentlich wenn es sich um sekundäre ascendirende Pyelitis handelt, sind allen Praktikern genugsam bekannt. Durch die *Cystoskopie* sind verschiedene Fortschritte gemacht worden. Am schwierigsten ist es noch immer, bei vorhandenem Blasenkatarrh die Complikation mit Pyelitis festzustellen. Schabert (301) macht hier auf ein neues diagnostisches Moment aufmerksam: *auf die Vergrösserung der Ureterenmündungen,* ihre Starre und geringe Contraktionfähigkeit. Hat man diesen Befund im cystoskopischen Bilde festgestellt, so ist es klar, dass die Erkrankung die Blase nach oben zu überschritten hat.

Von den zahlreichen *therapeutischen Mittheilungen* berücksichtigen wir zunächst diejenigen über *Pyelitis* und *Pyelonephritis,* dann diejenigen über „*Pyonephrose*" und endlich die wenigen Arbeiten über *Peri-* und *Paranephritis.*

Casper (275) hat in 2 Fällen von *Pyelitis gonorrhoica* durch Katheterisation der Harnleiter und *Ausspülungen des Nierenbeckens* mit 3proc. Borsäure-, bez. 1—2proc. Höllensteinlösung gute Resultate erzielt. Ueble Folgen wurden nicht beobachtet, obwohl der Katheter zeitweise tagelang liegen blieb. „Dies Verfahren ist in allen chronischen gonorrhoischen Pyelitiden und in allen akuten Fällen, in denen sich nicht nach kurzer Zeit ein Umschwung zum Besseren bemerkbar macht, indicirt. Seine Unterlassung ist ein Fehler."

Auch Kelly (286) hat bei einer Frau mit linksseitiger *Pyelitis gonorrhoica* und Pyoureter durch fortgesetzte antiseptische *Irrigationen Heilung* erzielt. Die Ausspülungen wurden in Knieellenbogenlage vorgenommen. Allmählich konnten immer stärkere Nummern des Katheters zur Anwendung kommen, und dadurch wurde zugleich eine Striktur des Ureters erweitert. Gleichzeitige Massage des verdickten Ureters.

Hogge (283): 39jähr. Kr. mit linksseitiger *intermittirender Ureteropyelitis* im Anschlusse an mehrfache Gonorrhöen. Im Verlaufe des linken Ureters eine schmerzhafte Anschwellung; linke Niere stark druckempfindlich. Keine Operation.

v. Hippel (145): 36jähr. Kranke. *Diagnose:* Rechtsseitige *Pyonephrose.* Lumbale *Nephrektomie* (Poppert). *Heilung.* Die anatomische Diagnose lautete: *Eiterige Herdnephritis* im Beginne der Einschmelzung.

Karewski (149): 33jähr. Frau mit rechtsseitiger grosser *Pyonephrose* nach Wochenbett. Schwerste Erscheinungen. Lumbale Incision. Die Niere war um das Dreifache vergrössert. Sektionsschnitt. Die Niere in toto schwer entzündlich verändert: *Nephritis bacteritica.* Mit Rücksicht auf die grosse Wahrscheinlichkeit einer doppelseitigen Erkrankung suchte K. die Niere wieder zusammenzunähen. Die Nierensubstanz war so weich, dass die Nähte nicht hielten. *Nephrektomie.* Dauernde Heilung.

Nur wenn man annimmt, dass die linke Niere durch die Erkrankung der rechten funktionunfähig geworden war, kann man die Schwere der Erscheinungen vor der Operation und die schnelle Reconvalescenz mit Aufhören aller Nierenerscheinungen danach verstehen.

Lilienthal (290) berichtet über *multiple Nierenabscesse* bei einem nach Zahnextraktion pyämisch gewordenen Kranken. Im Verlaufe mehrerer Monate wurde bei diesem Kranken 2mal die rechte, 1mal die linke Niere incidirt und ein Nieren-, bez. perinephritischer Abscess entleert. *Heilung.*

Prochownick (297): *Surgical kidney* der linken Seite nach wiederholten schweren Wochenbetten. *Nephrektomie. Heilung.*

Guyon (280) hat im Verlaufe eines Jahres *26 Pyonephrosen* in seinem Hospitale behandelt. Auch in diesen Fällen zeigte sich, wie G. schon immer beobachtet hat, eine Bevorzugung des weiblichen Geschlechtes (15 Frauen, 11 Männer) und der rechten Seite (12 rechts, 10 links, 4 doppelseitig). In 21 Fällen begann die Erkrankung mit cystitischen Symptomen; in 5 Fällen zeigten sich die ersten Krankheiterscheinungen von Seiten der

Nieren, denen sich dann aber sofort auch Blasensymptome anschlossen. Sehr häufig treten die Nierensymptome gegenüber den Blasensymptomen vollständig in den Hintergrund; es ist deshalb dringend geboten, in jedem Falle von Cystitis eine genaue Untersuchung der Nieren auf etwaige Vergrösserung nnd Schmerzhaftigkeit vorzunehmen. Die von der erkrankten Niere ausgehenden *Schmerzen* sind sehr mannigfaltiger Art. Häufig bemerkte G. bei der Palpation der erkrankten Niere eine Schmerzempfindung in der Niere der anderen Seite; sehr selten tritt dieser reno-renale Reflex spontan auf. *Renale Hämophilie* fand G. in keinem seiner Pyonephrosenfälle; bei allen Kranken zeigten sich am Ende der Urinentleerung einige Tropfen Blut, die von der Cystitis herrührten. Alle Kranken litten an *Pyurie*, die in sehr wechselnder Stärke auftrat nnd häufig einen deutlich intermittirenden Charakter annahm. Ganz plötzlich wurde der bis dahin stark eiterhaltige Urin vollkommen klar unter gleichzeitiger Zunahme der Nierengeschwulst und der Schmerzen, meist auch verbunden mit Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Diese vollständigen Eiterretentionen dauern immer nur kurze Zeit. *Fieber* wurde nur in der Hälfte der Fälle beobachtet. Die *Nierenschwellung* ragte bei den meisten Kranken bis zu einer horizontal durch den Nabel gezogenen Linie, erreichte meist die Mittellinie und nahm nach hinten die ganze Lendengegend ein.

Die in vielen Fällen von Pyonephrose beobachtete theil- nnd zeitweise Abnahme der Nierengeschwulst geht manchmal in eine vollkommene und bleibende Entleerung der Eitermengen über. Solche *„spontane Heilungen"* hat G. namentlich in solchen Fällen beobachtet, in denen die Cystitis einer entsprechenden Behandlung unterworfen wurde (unter 26 Fällen 7mal). Die Heilung bezieht sich in diesen Fällen natürlich nur auf die Eiterretention und -Ausdehnung der Niere; die Pyelitis als solche bleibt bestehen, ohne aber bei passender Diätetik das Leben der Kranken zu gefährden. In anderen Fällen führt die Eiterretention zu schweren lokalen und allgemeinen Erscheinnngen, die aber durch die *Nephrotomie* rasch und vollkommen gehoben werden.

Lauwers (242) hat in 3 Fällen von *Pyonephrose* die *Nephrotomie* vorgenommen (1 gest., 2 mit Fistel geheilt); in 3 anderen Fällen *exstirpirte* er die Niere.

Ueber einen sehr interessanten Fall von *Pyonephrose der angeboren verlagerten Niere* berichtet Graser (238): Bei einem 37jähr. Kranken, der seit $1^1/_2$ Jahren mehrmals starke Hämaturien und zeitweise dumpfe Schmerzen in der rechten Unterbauch- und Nierengegend gehabt hatte, ergab die Untersnchung eine mannskopfgrosse Geschwulst in der rechten Banchgegend. Die Punktion an einer der fluktuirenden Stellen entleerte schokoladefarbene, ziemlinh dünne, leicht urinös riechende Flüssigkeit. Die *Diagnose* wnrde mit Sinherheit auf eine *rechtsseitige Hydronephrose* gestellt. Bauchschnitt. Entleerung von 2 Litern trüber, bräunlicher Flüssigkeit mit deutlichem Harngeruch. Tamponade u. s. w. Zunehmende Eiterung aus dem Sacke, zeitweise Retentionerscheinungen mit hohem Fieber, Schmerzen u. s. w. 6 Wochen später *Versuch, die rechtsseitige Pyohydronephrose zu exstirpiren. Incision in der Lendengegend.* Man kam auf die etwa nm die Hälfte vergrösserte, derbe, mit zahlreichen gelben Punkten besetzte rechte Niere, aber nicht auf einen ausgedehnten Sack. *Abdominaler Schnitt.* Auslösung des vnllkommen retroperitonäal gelagerten Sackes von vorn her; er war an der linken Seite der Wirbelsäule so fest angehaftet, dass eine Exstirpation unmöglich war. Abhrechen der Operation, Tamponade, Naht u. s. w. *Tod* 6 Tage nach der Operation. Es konnte nur eine unvollkommene *Sektion* der Bauchhöhle gemacht werden. Es ergab sich nnn, was man schnn währand der Operation geahnt hatte, *dass die grosse Geschwulst im rechten Hypochondrium eine Pyonephrose der angeboren verlagerten linken Niere war.* Die Gegend des 4. Lendenwirbels unmittelbar neben der Wirbelsäule war der Sitz der linken Niere gewesen. Die Nierenarterie hatte einen abnorm tiefen Ursprung; sie entstammte dem Anfangstheile der Art. iliaca. Die Geschwulst reichte bis fast an die rechte Niere horan, ohne mit ihr inniger zusammenzuhängen. Die rechte Niere war sehr beträchtlich vergrössert, aber vollständig übersät mit frischeren und älteren eiterigen Infiltrationen, anch war bereits eine Entzündung des Nierenbeckens vorhanden.

Im Anschlusse an diese seltene Beobachtung hat Gr. literarische Nachforschungen über angeborene Abnormitäten der Nieren angestellt. Er fand 200 Fälle von *angeborener Verlagerung der Niere;* 16 Fälle *überzähliger Nieren;* 116 Fälle von *Nierenmangel. „Der angeborene Mangel einer Niere ist so häufig, dass man bei allen Operationen, die eine Entfernung der Niere nahelegen, ernstlich mit dieser Möglichkeit rechnen muss."*

Flaischlen (278) *exstirpirte* bei einer $63^1/_2$jähr. Fran eine rechtsseitige *Pyonephrose* durch Laparotomie. Die Erkrankung ging auf das 10. Lebensjahr zurück, wo snerst eine rechts nnter der Leber sitzende, sich allmählinh vergrössernde Geschwulst wahrgennmmen worden war. Im 44. Lebensjahre wochenlanger Eiterabgang mit dem Urine, Verschwindnn der Geschwulst. Erst 18 Jahre später bildete sich wieder ein Tumor, der deutlioh mit der Leber zusammenhing. Urin stets klar. Wahrscheinlichkeitdiagnose: Vnn den Gallenwegen ausgehender Abscess. Die Operation ergab, dass es sich um *Eiterbildung in einer dislocirten, fixirten Niere* handelte. *Heilung.*

Nephrotomie wegen *Pyonephrose.*

Hogge (283): 25jähr. Frau mit rechtsseitiger *Pyonephrose.* Lumbale *Nephrotomie.* 28 Stunden später Anurie, nach weiteren 30 Stunden *Tod.* Leider keine Sektion!

Gahsziewicz (185) theilt 2 Fälle von *Pyonephrose* im Anschlusse an das *Puerperium* mit. Bei beiden Kr. (32- und 34jähr. Frau) *lumbale Nephrotomie.* Tamponade. Glatte, vollständige *Heilung.*

D. Newman (255): 41jähr. Gärtner mit rechtsseitiger grosser *Pyonephrnse.* Mehrmaliges vollkommenes Verschwinden der Geschwulst wahrscheinlich durch eine *Nierenbecken-Darmfistel. Nephrotomie*, Entleerung reichlicher Mengen *fötiden* Eiters. *Heilung mit kleiner Fistel.*

Wanner (306): 28jähr. Dienstmädchen mit rechtsseitiger *Pyonephrose. Tödtliche* Verschlechterung im Wochenbette. Multiple Abscesse beider Nieren, die rechte war in einen Eitersack verwandelt.

Watson (307): 43jähr. Mann mit ausgedehnter *linker Pyonephrose* in Fnlge recidivirender Harnröhrenstriktur. *Lumbale Nephrotomie,* Drainage. *Heilung* mit Fistel (*Permanente Drainage!*).

Way (308): 38jähr. kräftiger Mann mit linksseitiger

Pyonephrose. Incision und Drainage. Vollkommene *Heilung.*

Nephrektomie wegen *Pyonephrose.*

v. Bardeleben (271): 26jähr. Frau mit rechtsseitiger *Pyonephrose* nach Wochenbett. Bei der Cystoskopie kam aus dem rechten Ureter Eiter, aus dem linken anscheinend klarer Urin. *Nephrektomie.* Am 4. Tage post operationem *Tod* an Urämie. Die *Sektion* ergab eine ganz frische *Pyelonephritis der anderen Niere.*

„Der Fall lehrt, dass man sich zur Feststellung des Zustandes der anderen Niere vor der Exstirpation der einen nicht mit Cystoskopie begnügen soll, sondern dass man noch den Katheterismus der Ureteren anschliessen muss. Denn im vorliegenden Falle spritzte klarer Urin aus dem linken, eiteriger dicker aus dem rechten Ureter. Hätte man feststellen können, dass auch links kein normaler Urin producirt wurde, dann wäre die Operation unterblieben."

Bennecke (128): 21jähr. Mann mit linksseitiger *Pyonephrose.* Retroperitonäale *Nephrektomie* (König). *Heilung.* In dem dünnwandigen pyonephrotischen Sacke 2 dunkelgraue facettirte Steinchen. Theilweise Epidermisirung der Innenfläche des Sackes.

Duret (277) *exstirpirte* bei einem 47jähr. Kr. eine linksseitige *Pyonephrose,* deren Wandungen aus *„fibrocartilaginärem"* Gewebe bestanden, ein Umstand, der auf ein sehr hohes Alter der Geschwulst schliessen lässt. Wahrscheinlich handelte es sich um eine angeborene, zunächst symptomenlos verlaufende Hydronephrose, deren Inhalt in Folge einer schweren Influenza eiterig wurde. *Heilung.* 4 Wochen später *Tod* an Broncho-Pneumonie.

Follet (279): Eine 26jähr. Frau bekam im Anschlusse an einen vor 10 Jahren überstandenen *Typhus* eine *linksseitige Pyonephrose.* October 1893: lumbale *Nephrotomie* (Quénu). Unvollkommener Eiterabfluss; deshalb Januar 1895: lumbale *Nephrektomie* (Quénu). *Heilung.* Die Niere war von verschiedenen grossen, theilweise isolirten Eiterherden durchsetzt.

Manny (250) beobachtete eine 21jähr. Kr., bei der sich innerhalb 24 Stunden unter hohem Fieber, Erbrechen u. s. w. eine enorme Ausdehnung des ganzen Leibes ausgebildet hatte. Der Urin enthielt weder Blut, noch Eiter. *Diagnose:* Allgemeine Peritonitis. Laparotomie: Enorme linksseitige *Pyonephrose. Nephrotomie.* Zurückbleiben einer Fistel. Mehrere Monate später *lumbale Nephrektomie.* Eröffnung der Pleura und des Peritonaeum; sofortiger Verschluss durch Catgutnähte. Reaktionlose *Heilung* ohne Fistel. Bei dieser Kr. handelte es sich um eine Hydronephrose, die auf dem Wege der Blutbahn ganz plötzlich inficirt worden war.

McNicoll (294): 26jähr. Arbeiter mit linksseitiger *Nierengeschwulst.* Pyurie, zeitweise Hämaturie. Lumbale *Nephrektomie. Heilung.* Die Niere war in einen *Eitersack* verwandelt; keine Steine; keine Tuberkulose.

Mohr (293) berichtet über einen Fall von *Pyonephrose,* in dem versucht worden war, eine Heilung mittels Witzel'scher Schrägfistel herbeizuführen. Die im Mittel 600 ccm pro die betragende Sekretion war aber so lästig, dass die *Totalexstirpation* der erkrankten Niere vorgenommen wurde, nachdem durch quantitative Harnstoff- und Harnsäurebestimmung der Nachweis geliefert war, dass die andere Niere genügend arbeitete.

Routier (298): 1) 37jähr. Mann mit linksseitiger *Pyonephrose;* sehr starke Abmagerung. Klinische Diagnose: Tuberkulöse Peritonitis. Laparotomie. Retroperitonäaler, mit Flussigkeit gefüllter Nierentumor. Punktion, Entleerung von 1 Liter Eiter. Zurückbleibende Harnfistel. Sekundäre *Nephrektomie. Heilung.*

2) Gravida mit *intermittirender Pyonephrose. Nephrektomie. Heilung.*

Schede (302): 11jähr. Knabe. Seit 7 Jahren wiederholte Anfälle von Pyurie. In der letzten Zeit einige kurz dauernde Schmerzanfälle in der linken Niere. Dabei war der Urin vollkommen klar. Incision der linken Niere. Ausgedehnte *Pyonephrose. Exstirpation. Heilung.*

J. Schmidt (303): 24jähr. Mädchen mit enormer *Pyonephrose.* Lumbale *Nephrektomie. Heilung.*

Sooin (304) machte in einem Falle von linksseitiger *Pyonephrose* nach vorhergehender Punktion die *Incision.* Wegen Eindringens von Eiter in die Bauchhöhle Laparotomie. Heilung mit Fistelbildung. Deshalb 3 Monate später *Nephrektomie.* Bei der *Entlassung* bestand noch eine kleine Fistel.

Wintor (310): Transperitonäale *Nephrektomie* wegen *rechtsseitiger Pyonephrose. Heilung.* Die Geschwulst bestand seit 20 Jahren, war aber erst in den letzten 5 Jahren beträchtlich gewachsen. Die Diagnose schwankte zwischen Pyonephrose und Neubildung. Das Cystoskop klärte die Diagnose auf, indem W. aus dem Ureter mit aller Deutlichkeit dicken Eiter austreten sah.

Auf Grund von 22 Fällen, die der Spitals- und Privatpraxis von J. Israel entstammen, bespricht Maass (291) die *eiterigen Entzündungen der Nierenfettkapsel,* d. h. die *abscedirende Paranephritis.* Am einfachsten und klarsten liegen die *ursächlichen Verhältnisse* in den Fällen, in denen die sekundäre Natur der Erkrankung, d. h. ihre Fortleitung von einem benachbarten Entzündungsherd, mit Sicherheit nachweisbar ist. Die überwiegende Mehrzahl dieser fortgeleiteten paranephritischen Abscesse ist *renalen Ursprunges,* nach primärer Pyelonephritis, Nephrolithiasis u. s. w. Ein weiterer Ausgangspunkt der fortgeleiteten paranephritischen Abscesse sind die *Beckenbindegewebseiterungen* in Folge von Infektionen von der Harnröhre, den Parametrien u. s. w. her. Auch die *Erkrankungen der Brustorgane* können sich auf das perirenale Gewebe fortsetzen. Von den Organen des *Abdomens* kommen in erster Linie begreiflicher Weise die *retroperitonäal* gelegenen als Ausgangspunkt pararenaler Abscesse in Betracht, doch hat man auch in seltenen Fällen *intraperitonäale* Eiterungen in das Gebiet der Capsula adiposa renis durchbrechen sehen.

Die grosse Mehrzahl der scheinbar *genuinen paranephritischen Abscesse* ist wahrscheinlich *metastatischer Natur,* und die etwas räthselhafte Prädisposition der Nierenfettkapsel zu metastatischen Erkrankungen erklärt sich aus der Latenz der meist zu Grunde liegenden Nierenmetastase.

Die *klinischen Erscheinungen* der abscedirenden Paranephritis ähneln im Grossen und Ganzen denen anderer phlegmonöser Processe und lassen sich wie diese in *örtliche* (Schmerz, Druck auf Colon u. s. w.) und *allgemeine* (hohes Fieber u. s. w.) unterscheiden.

Die *Diagnose* der abscedirenden Paranephritis ist verhältnissmässig leicht zu stellen, wenn es bereits zur sichtbaren Geschwulstbildung in der Lumbalgegend gekommen ist oder gar Oedem der Bauchdecken den beginnenden Durchbruch anzeigt. Im Beginne der Erkrankung kann die Erkennung ausserordentlich schwierig, ja unmöglich sein. *Therapeutisch* ist die *Entleerung des Eiters* durch eine möglichst ergiebige Incision vorzunehmen.

Die beste Schnittführung ist die, die die Nierenfettkapsel am vollständigsten zugänglich macht und am ehesten die Freilegung der Niere selbst gestattet: Schrägschnitt, im Winkel zwischen Sacrolumbalis und 12. Rippe beginnend, 20 cm schräg nach vorn und abwärts. In den ersten Tagen nach der Operation Tamponade, dann Drainage der Wundhöhle.

Von 21 operirten Kr. genasen 16.

Niebergall (295) theilt 3 Beobachtungen *primärer* und 2 Fälle *sekundärer Paranephritis* mit, denen er aus der Literatur noch eine Reihe anderer hierhergehöriger Beobachtungen anschliesst.

Baumgarten (272): Ein wegen Carbunculus nuchae operirter 37jähr. Mann erkrankte am 17. Tage nach der Operation an einer linksseitigen croupösen Pneumonie mit *exsudativer Pleuritis.* 1 Monat später *eiterige Entzündung der Fettkapsel der linken Niere.* Entleerung von stinkendem Eiter. *Heilung.*

F. Jordán (285) theilt 2 Fälle von *eiteriger Perinephritis* mit. Im 1. Falle (22jähr. Mädchen) brach der Abscess in die Lunge durch; im 2. Falle (23jähr. Mann) trat ein Durchbruch in die Harnwege ein. Beide Kr. *genasen.*

Kreibich (287) theilt 2 Fälle von operativ geheiltem *perinephritischen Abscess* mit. In dem einen Falle (52jähr. Frau) ergaben Culturen im Eiter den Staphylococcus pyogenes aureus. In dem anderen Falle (36jähr. Mann) war das Cultur- und Impfverfahren vollkommen ergebnisslos.

Steiner (305) berichtet über folgenden Fall: Dem 70jähr. Pat. wurden ca. 40 Blasensteine durch die Sectio alta entfernt. Blasennaht. Fieberloser Verlauf, Heilung per primam. Nach 11 Tagen wurde der Kr. aus dem Bette auf einen Stuhl gebracht. Er knickte nach einiger Zeit nach der linken Seite zusammen und fiel auf den Fussboden. Im Anschluss hieran Schüttelfrost, 39.5°, blutiger Urin, mit Cylindern, Fett und Detritus, hohem Eiweissgehalt. Am anderen Morgen war eine *Geschwulst in der linken Nierengegend* zu fühlen. Die Haut darüber zeigte erysipelatöse Röthung. Die Probepunktion ergab hämorrhagische Flüssigkeit, die sich mikroskopisch und chemisch ähnlich verhielt wie der Urin der letzten 12 Stunden. Der Kr., der eine schwere Myokarditis hatte, collabirte sehr rasch und starb. Die Sektion ergab, dass ein *pflaumengrosser Abscess,* der sich *vom Nierenbecken bis an die Nierenoberfläche erstreckte,* durch den beim Zusammenknicken des Pat. erfolgten Druck auf die Niere *durchgebrochen* war und seinen Inhalt, bestehend aus Eiter und einem Nierenstein, in das paranephritische Gewebe entleert hatte, woselbst eine bedeutende Phlegmone erkennbar war.

XI. Nephrolithiasis.

311) Ainsley, T. G., Suppurating kidney removed by abdominal section; recovery. Brit. med. Journ. June 29. 1895.

312) Albarran, Calculs, fistules et rétrécissements de la portion lombo-iliaque de l'urètère. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 193. 1895.

313) Alsberg, Ein Fall von doppelseitiger Nephrolithotomie. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 21. Beil. 1895.

314) v. Bardeleben, Ein Fall von Pyonephrose. Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 22. 1895.

315) Bartlett, W., Contribution to the study of nephrolithiasis. Ann. of surg. Dec. 1895.

316) Bodenstein, O., Beiträge zur Chirurgie der weiblichen Harnorgane. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. VI. p. 1. 80. 1895.

317) Briddon, Extraperitoneal uretero-lithotomy. Ann. of surg. Jan. 1895.

318) Brook, W. F., Two cases of nephrolithotomy. Brit. med. Journ. Dec. 19. 1896.

319) Casarini, Ectasia sacciforme dell'uretere simulante una idronefrosi. Rif. med. XI. 270. 1894.

320) Cotterell, E., Stone impacted in the ureter: its consequences, symptoms, diagnosis and treatment. Lancet June 30. 1894.

321) Conrmont, Pyonéphrose; Néphrectomie. Lyon méd. 35. 1895.

322) Dandis, Contribution au traitement des calculs du rein. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 817. 1895.

323) Dendy, W., and W. Eaglee, Renal calculus; lumbar nephrolithotomy; pyaemia; nephrectomy six months after-wards; recovery. Lancet Sept. 29. 1894.

324) Dickinson, L., Calculous obstruction of ureters. Transact. of the pathol. Soc. of London XLV. p. 126. 1894.

325) Donnadiou, De l'anurie calculeuse et en particulier de son traitement chirurgical. Thèse de Bordeaux 1895.

326) Donnadieu, A., Des effets de l'obstruction de l'urètère et du traitement de l'anurie obstructive par la néphrotomie systématique. Arch. clin. de Bord. IV. 8. p. 370. Août 1895.

327) Donnadieu, A., Diagnostic et traitement de l'anurie calculeuse. Gaz. des Hôp. LXIX. 41. 1896.

328) Duret, Néphrolithotritie et néphrectomie dans les calculs ramifiés du rein. Semaine méd. XIV. 55. 1894.

329) Foderici, N., Pio-Pielonefrite destra da calcolo operata di nefrotomia. Rif. med. XII. 283—286. 1896.

330) de Grailly, De la néphrotomia dans l'anurie. Lyon méd. 37. 1895.

331) Goldthwaite, V., Pyelo-nephritis; nephrectomy; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXIII. 4. p. 86. July 1895.

332) Greiffenhagen, W., Ueber die Nephrolithotomie mittels des Sektionsschnittes. Arch. f. klin. Chir. XLVIII. 4. p. 932. 1894.

333) Griffon, Atrophie et adipose de reins calouleux. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 15. p. 481. Juin—Juillet 1896.

334) Helferich, Ueber die Entfernung eines im Ureter festsitzenden Steines und eine exquisite Divertikelblase. Arch. f. klin. Chir. XLVIII. 4. p. 875. 1894.

335) Herozel, E., Fall von Nephrolithotomie. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 25. 1896.

336) Jonou, F., et E. Vignard, Néphrotomie dans un cas d'anurie par obstruction. Arch. prov. de Chir. III. p. 478. 1895.

337) Israel, J., Die Operation der Steinverstopfung des Ureters. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 38. 1896.

338) Kolly, H., Diagnosis of renal calculus in woman. Med. News LXVII. 22. p. 593. Nov. 1895.

339) Körte, Nierenstein u. exstirpirte Niere. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 32. Beil. 1896.

340) Krause, F., Ein Fall geheilter schwerer Eiterung des Nierenbeckens. Münchn. med. Wchnschr. XLII. 45. 1895.

341) Leguen, Anurie calculeuse opérée au 5. jour par l'extraction d'un calcul de l'urètère à travers l'incision du rein. Suture complète de la plaie rénale. Guérison par première intention. Mercredi méd. Juillet 25. 1894.

342) Legueu, F., De l'anurie calculeuse. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. 10. 1895.

343) Lentz, Calcul rénal volumineux, néphrolithotomie, guérison. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1093. 1895.

344) Lund, H., Three surgical cases: nephrolithotomy; nephrorraphy; nephrectomy. Lancet Febr. 15. p. 417. 1896.

345) Lydston, F., A case of hepato-nephrolithotomy. Ann. of surg. II. p. 367. 1895.

346) Mendelsohn, M., Exstirpation einer Niere. Deutsche med. Wchnschr. XXII. 17. 1896.

347) Müller, K., Ueber Nephrolithiasis nach Rückenmarksverletzungen. Arch. f. klin. Chir. L. 3. p. 601. 1895.

348) Parkin, A., Total suppression of urine for four days; nephrolithotomy; recovery. Lancet Sept. 12. 1896.

349) Piequé, De la taille rénale dans le traitement de certaines formes d'anurie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XII. p. 848. 1894.

350) Pisdvache, E., De la nephrelithotomie comme traitement de la lithiase rénale en particulier dans les petits calculs du rein. Thèse de Paris 1896.

351) Pousson, A., Sur un cas d'incision exploratrice et curative d'un rein lithiasique. Mercredi méd. 37. 1895.

352) Prescott, Calculi of the kidney with hydronephrosis. Boston med. and surg. Journ. CXXXII. 9. p. 208. Febr. 1895

353) Ransohoff, Stone in the kidney and its operative treatment. Boston med. and surg. Journ. CXXXII. 21; May 1895.

354) Resnikeff-Grubé, Contribution au diagnostic et au traitement de l'obstruction des urétères par des calculs. Ann. des mal. des erg. gén.-urin. XIII. p. 950. 1895.

355) Resnikew, O. A., Ueber Diagnose u. Therapie beim Verschluss der Harnleiter durch Nierensteine. Südruss. med. Wchnschr. p. 276. 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 9. 1895.

356) Roberts, Transperitoneal uretero-lithotomy. Ann. of surg. Sept. 1895.

357) Rovsing, Th., Ueber Diagnose u. Behandlung der Nierensteine. Arch. f. klin. Chir. LI. 4. p. 827. 1895.

358) Schulz, J., Ein Beitrag zur Nierenchirurgie, speciell der Steinniere. Inaug.-Diss. Kiel 1896.

359) Tuffier, Néphrolithotomie des petits calculs du rein. Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris XXI. p. 473. 1896.

360) Vires, Pyenéphrose. Néphrotomie. Rétablissement complet de la santé générale depuis un an. Guérison spontanée et rapide de la fistule. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 827. 1895.

361) Weeks, St. H., A unique case of renal calculi. Boston med. and surg. Journ. CXXXI. 10. p. 235. Sept. 1894.

Verhältnissmässig die raschesten und grössten Fortschritte sind bei der *Nephrolithotomie* zu verzeichnen, obwohl gerade diese Operation unter den Nierenoperationen jüngeren Datums ist (1880 von Morris angegeben) und in den ersten Jahren nur selten Anwendung gefunden hat. Zur Zeit sind die *Indikationen für die Nephrolithotomie* klar gestellt; die *Technik* ist verhältnissmässig einfach, die Vorzüge des *„Sektionsschnittes der Niere"* auch bei Nierenbeckensteinen werden kaum noch angezweifelt, namentlich seitdem pathologisch-anatomisch und histologisch festgestellt worden ist, dass der möglichst genau die Mittellinie treffende Sektionschnitt nur sehr geringfügige Läsionen des Nierenparenchyms bewirkt.

In einer ganzen Anzahl von Fällen verläuft die *Nephrolithiasis*, wie Rovsing (357) hervorhebt, ohne Hämaturie, Kolik und Steinabgang. In solchen Fällen sind für die Diagnose folgende Dinge werthvoll: 1) Eine genaue Anamnese (arthritische Disposition). 2) Eine genaue Untersuchung des steril abgenommenen Urins. „Finden wir bei einem Patienten mit nierenkolikähnlichen Schmerzen den Harn vollständig normal, so können wir fast mit Sicherheit Nephrolithiasis ausschliessen, denn ein Calculus, der Schmerzen verursacht, bewirkt auch eine Mischung des Harns mit pathologischen Elementen, indem Eiweiss, Epitheliumzellen, rothe und weisse Blutkörper, Krystalle, bisweilen auch Cylinder constant, wenn auch oft nur in geringer Menge vorhanden zu sein scheinen." 3) Die Kystoskopie, bez. Ureterenkatheterisation. Für *einfachen Nierengries* sprechen periodisch auftretende Anfälle von Nierenkolik mit starker Hämaturie und Entleerung von reichlichem Sande oder Gries, während die Kranken sich in der Zwischenzeit ganz wohl befinden und sich bei ihnen eine Vergrösserung und Empfindlichkeit der Niere zwischen den Anfällen nicht nachweisen lässt. Für ein grösseres festsitzendes Conkrement sprechen dagegen fixe oder häufig wiederkehrende Schmerzen in der Nierengegend oder von dieser ausstrahlende Schmerzen, die ausserhalb der Nierenkolikanfälle und der Hämaturieperioden auftreten, anhaltende makro- und mikroskopische Hämaturie, Vergrösserung und Druckempfindlichkeit der Niere. Dass bei *vorhandener Eiterung* so bald wie möglich operirt werden muss, unterliegt keinem Zweifel. Aber auch in den *reinen uncomplicirten Fällen* ist R. für operatives Einschreiten. Denn einmal giebt die Operation an einer gesunden aseptischen Niere eine ausserordentlich gute Prognose; dann aber sind die Gefahren, denen ein Kranker durch ein Nierenconkrement ausgesetzt ist, gross und unberechenbar, sie können plötzlich oder schleichend auftreten und verschlechtern dann jedenfalls die Aussichten für eine Operation.

Als operativen Eingriff empfiehlt R. wenn möglich die *Nephrolithotomie*. Die *Pyelolithotomie* ist aus bekannten Gründen zu verwerfen. Die *Nephrektomie* ist nur dann angezeigt, wenn das Steinleiden mit bösartigen Neubildungen oder mit Tuberkulose complicirt ist oder wenn alles Nierengewebe zerstört ist.

Die mitgetheilten Fälle sind folgende.

1) 29jähr. Frau. Olivengrosser *Harnsäurestein* in der rechten *Niere*. Niemals Hämaturie oder Nierensteinkolik. *Nephrolithotomie. Heilung* per prim. intentionem.

2) 28jähr. Frau. Olivengrosser Stein. Niemals Hämaturie; ausgesprochene Cystitissymptome. *Nephrolithotomie. Heilung* per prim. intentionem.

3) 50jähr. Frau. Nephrolithiasis; Pyenephrose; *Nephrektomie. Tod.*

4) 29jähr. Arbeiter. Vor 16 Jahren vereinzelter Nierenkolikanfall. Niereneiterung. *Nephrolithotomie.* Entfernung eines 148 g (!) wiegenden Steines. *Heilung* mit Fistel. Später nochmals Entfernung von Conkrementen; fortdauernde Eiterung. *Nephrektomie. Heilung.*

5) 39jähr. Frau. Niemals Nierenkolik. Mehrere Male Abgang kleinerer Conkremente. Seit 8 Jahren Pyurie. Im 7. Monate schwanger. Während der ganzen Schwangerschaft Hämaturie. *Nephrektomie.* Enorme Steinbildungen in der Niere. *Heilung.*

6) 35jähr. Kr. Mehrmals Gichtanfälle. Viele Jahre lang Nierenkolik. In den letzten 10 Jahren Hämaturie-

anfälle. *Nephrolithotomia sinistra.* Gestorben an Lungenembolie.

Greiffenhagen (332) berichtet ausführlich über seine schon früher veröffentlichten und auch kurz referirten (vgl. Jahrbb. CCXLIV. p. 195) beiden Fälle von *Nephrolithotomie mittels des Sektionschnittes.*

1) 68jähr. Mann. Seit 7 Jahren linkseitige Nierensteinkoliken mit Hämaturie. *Nephrolithotomie* mittels Sektionschnittes. Extraktion eines grossen Steines aus dem Nierenbecken. *Naht.* 7 Tage später platzte die ganze Hautwunde wieder auf. Kein Urin in den Verbandstoffen. Jodeformgazetamponade. *Heilung.* Mehrere Monate später *Tod an Hemiplegie.*

2) 65jähr. Frau. Seit 32 (!) Jahren Steinbeschwerden. In den letzten Jahren schwere rechtsseitige Nierenkoliken mit Hämaturie. *Nephrolithotomie mittels des Sektionschnittes.* Extraktion von drei zum Theil verästelten Steinen aus dem Nierenbecken. Hierbei riss das obere Viertel der Niere quer ein. Anlegung zwei tiefer Catgutnähte. Naht der Nephrolithotomie-Wunde, Naht der Weichtheile. Die *Heilung* war durch Bildung eines Hämatoms complicirt. *Traumatische Hernie.* 7 Monate später rechtsseitige *Nephrektomie. Heilung.*

Die *anatomische Untersuchung der beiden „nephrolithotomirten" Nieren* ergab an Stelle des Operationschnittes eine schmale, an der Oberfläche breitere, gegen das Nierenbecken sich verjüngende Narbe, die ihren Einfluss im Sinne einer kleinzelligen Infiltration und Schrumpfung nur auf die allernächste Nachbarschaft geltend machte. Nirgends Zeichen eines Infarktes oder einer Nekrose in grösserem Umfange. An der Einrissstelle der einen Niere war keine Narbe vorhanden, sondern nur eine kleinzellige Infiltration mit beginnender Bindegewebeneubildung und deren Folgen.

Auf Grund seiner und Anderer Erfahrungen kommt G. zu folgenden Schlüssen: 1) Zur erfolgreichen Ausführung der Nephrolithotomie mittels des Sektionschnittes ist die völlige Freilegung der ganzen Niere einschliesslich Hilne von allen Seiten erforderlich. 2) Nierenbeckensteine sollten, wenn irgend möglich und wo es sich um anscheinend gesunde Nierensubstanz handelt, von einem Convexitätschnitte aus entfernt werden, der möglichst genau die Mittellinie trifft. 3) Ausserhalb der Mittellinie im Parenchym nahe der Oberfläche sitzende Steinchen sollen durch Schnitte entfernt werden, die in der Richtung der geraden Harnkanälchen, d. h. radiär zum Hilns, verlaufen. 4) Alle blutigen Eingriffe an der Nierensubstanz sollen unter Digitalcompression der zuführenden Arterien ausgeführt und 5) Operationwunden der Nierensubstanz sollen durch die Naht geschlossen werden. 6) Bei allen glattrandigen Verletzungen der Niere ist der Versuch der Naht gerechtfertigt. 7) Jede Nierenoperation, die eine Aushülsung der Niere zur Vorbedingung hat, erfordert die sofortige Wiederannähung der Niere, möglichst an normaler Stelle, um das Entstehen einer Wanderniere zu verhüten.

Bartlett (315) berichtet über 2 von Bernays mit Erfolg operirte *Nierensteinkranke.* Er empfiehlt zur Nephrotomie den queren Lumbalschnitt. Ergiebt die Abtastung und Punktion der blossgelegten Niere nichts Sicheres, so ist der Nierenschnitt auszuführen: Eröffnung der Nierenkapsel mit dem Messer, der Nierensubstanz mit dem Fingernagel, um die Blutung möglichst zu verringern. Die *Nephrolithotomie* ist mit geringen Ausnahmen der *Pyelolithotomie* vorzuziehen.

Ranzohoff (353) empfiehlt ebenfalls die *Nephrolithotomie mittels Sektionschnittes* auch bei nachgewiesenen Nierenbeckensteinen, da sie weniger gefährlich als die Pyelolithotomie ist.

Piedvache (350) hat aus der Literatur 19 Fälle von *Nephrolithotomie* zusammengestellt, in denen die *Niere genäht wurde und ohne Fistel heilte.* P. giebt im Uebrigen die bekannten Ansichten Tuffier's wieder.

Bodenstein (316) theilt aus der Sänger'schen Klinik folgende Fälle von *Nephrolithotomie* mit.

1) 36jähr. Frau mit linksseitiger *Nephrolithiasis. Nephrolithotomie* (richtiger *Pyelolithotomie*). Naht des Nierenbeckens und der Niere. *Heilung ohne Fistel.*

2) 47jähr. Frau mit rechtsseitiger *Pyo-Nephrolithiasis.* Wiederholte *Nephrotomie. Heilung mit Fistelbildung.*

3) 35jähr. Frau mit rechtsseitiger *Pyo-Nephrolithiasis.* Wiederholte *Nephrotomie.* Schliesslich *Nephrektomie. Heilung.*

Im Anschlusse an die erste Beobachtung hat B. 66 Fälle von *Nephrolithotomie ohne gleichzeitige Eiterung* zusammengestellt. Er kommt für die Operationen von Nierensteinen ohne vorhandene Infektion und Eiterung zu folgenden Schlusssätzen:

1) Liegt bei Nephrolithiasis der Stein frei im Nierenbecken, so ist er durch Einschnitt, eventuell mit theilweiser Incision der Niere, ganz oder zerkleinert zu entfernen. Dies ist die Normaloperation. Nur wenn der Stein durch das nicht oder nur wenig erweiterte Nierenbecken hindurch nicht erreicht werden kann, kann der Sektionschnitt der Niere in Frage kommen.

2) Die Nierenbeckennaht verspricht nur dann Erfolg, wenn keine Eiterung und Infektion vorhanden ist. Besteht ganz geringe Eiterung ohne Infektion, so ist die Naht nicht verboten.

3) Die Suturen bei Naht des Nierenbeckens sind im Gegensatze zu denen bei Naht des Nierenparenchyma fest zu knüpfen.

4) Eine *„ideale Nephrolithotomie"* kann erzielt werden, wenn nach Schluss der Wunde der Niere, bez. des Nierenbeckens auch die äussere Wunde vollkommen geschlossen wurde.

5) Durch die Ureterenpalpation von der Scheide her ist man bei Frauen in zweifelhaften Fällen in den Stand gesetzt, zu bestimmen, welche der beiden Nieren von dem Steinleiden befallen ist.

Müller (347) macht auf die Häufigkeit aufmerksam, mit der sich *Nephrolithiasis zu Wirbelsäulenfrakturen,* die zu länger dauernden Lähmungen führten, *hinzugesellt.* Bei 10 in der Hallenser Klinik beobachteten Frakturen der Wirbelsäule traten frühestens nach 3 Monaten unter Schüttel-

frost und hohem Fieber typische Nierensteinkoliken mit Steinentleerung auf. M. glaubt, auch auf Grund einer experimentellen Untersuchung, dass die Bildung der Nierensteine eine direkte Folge der Rückenmarksläsion ist, indem letztere eine nekrotisirende Entzündung der Niere hervorruft. Das abgestorbene, durch den Harn fortgeschwemmte Stroma, die Cylinder bilden das Gerüst, in dem sich die im alkalischen Harn suspendirten Sedimente ablagern.

Mittels seiner Methode der *Ureterenkatheterisation bei Frauen* hat Kelly (338) schon in mehreren Fällen die Anwesenheit von *Nierensteinen* nachgewiesen. Er verband die in die Ureteren eingeführten Katheter mit einer Spritze und saugte die in den Nierenbecken befindliche Flüssigkeit an. In mehreren Fällen fand sich in dieser Flüssigkeit ein feines dunkelbraunes oder schwärzliches Sediment, das sich mikroskopisch und chemisch als aus *Harnsäure* bestehend erwies.

In den Fällen von *Steinverstopfung des Ureters* empfiehlt Grubé (354), bei dem chloroformirten Kranken die linke, weil meist kleinere *Hand in das Rectum einzuführen und die Ureteren abzutasten*. Fühlt man ein Konkrement, so kann man versuchen, dieses vorsichtig zu mobilisiren und nach der Blase zu zu drängen. Gr. hat dieses Verfahren in verschiedenen Fällen mit Erfolg ausgeführt.

Bei einem Kranken Resnikoff's, der seit 2 Tagen *Anurie* in Folge von Steinverstopfung des linken Ureters hatte (die rechte Niere war wegen eines Cystosarkoms früher von Billroth entfernt worden), gelang das Grubé'sche Verfahren nicht.

Briddon (317): 52jähr. Frau mit linksseitiger *Pyonephrose* in Folge *calculöser strikturirender Ureterenentzündung. Nephrektomie. Heilung.*

Casarini (319) fand bei einem 19jähr., unter urämischen Erscheinungen verstorbenen Kr. eine *Verstopfung des linken Ureters durch Konkremente*, die aber nicht, wie gewöhnlich, zur Hydronephrose, sondern zu einer *sackförmigen Erweiterung des Harnleiters* geführt hatte.

Bemerkenswerth ist der Fall noch durch das bisher erst selten beobachtete Auftreten von *Anasarka bei Urinretention.*

Chevalier (184): 63jähr. Frau. Seit 10—12 Jahren Nierenkoliken. *Seit 14 Tagen vollkommene Anurie.* Starke rechtsseitige Schmerzen. Rechtsseitige *Nephrotomie.* Auswaschungen der Niere, Entfernung zahlreicher kleiner Conkremente, Drainage. Abgang von Urin. *Heilung.*

Nach den Erfahrungen von Cotterell (320) sind die Lieblingsstellen für *Steineinklemmungen im Ureter* der Anfang, dann eine ca. 5 cm tiefer gelegene, verengte Partie, dann der Theil dicht unter der Höhe des Beckenrandes und vor Allem der Eintritt des Ureters in die Harnblase. Bei Einklemmung an der Blase sind die Steine vom Mastdarme oder von der Vagina und Blase aus zu fühlen. Höher gelegene Steine kann man eventuell durch die Bauchdecken hindurch palpiren. Klinisch können im Ureter festsitzende Steine diagnosticirt werden, wenn bei intermittirender renaler Kolik ein constanter Schmerzpunkt im Ureter auftritt und trotz dieser Symptome kein Stein in die Blase gelangt.

Donnadieu (325—327) hebt hervor, dass die bei Weitem grösste Mehrzahl der an *calculöser Anurie* zu Grunde gehenden Menschen keine Hydronephrose zeigt. Das kommt daher, weil die Kranken zu früh sterben. Eine Hydronephrose entwickelt sich nach plötzlicher, vollkommener Undurchgängigkeit des Ureters immer erst innerhalb einiger Monate. Bei unvollständiger Verstopfung des Ureters ist die Urinsekretion auch im Anfange nicht unterbrochen; die Hydronephrose bildet sich schon sehr zeitig aus. In Folge des anhaltenden intrarenalen Druckes kommt es allmählich zu einer fortschreitenden Atrophie der Nierensubstanz. Beseitigt man den intrarenalen Druck, so erhält man die Niere funktionfähig. Der sicherste Weg ist hierzu natürlich die Beseitigung der die Unwegsamkeit des Ureters bedingenden Hindernisse. Geht dies nicht, so tritt die *Nephrotomie* in ihre Rechte. Durch diese einfache Operation wird der intrarenale Druck beseitigt, die Niere bleibt funktionfähig, der Kranke wird dem Leben erhalten. Die nephrotomirte Niere vermag, auch wenn die andere Niere gar nicht mehr funktionirt, einen vollkommen normalen Harn abzusondern.

de Grailly (330) räth bei *calculöser Anurie* höchstens 5 Tage mit der *Nephrotomie* zu warten. In den Fällen, in denen es zweifelhaft ist, welche Seite erkrankt ist, muss man sich durch die Anamnese, den Sitz des spontanen oder Druckschmerzes, die Schwellung der Lendengegend, die Contraktion der Bauchmuskulatur beim Versuche tiefer Palpation leiten lassen. de G. empfiehlt die Incision der Niere am convexen Rande mit nachfolgender Naht. Es bleibt dann nur selten eine Fistel zurück.

Helferich (334) entfernte bei einem Kranken einen enorm grossen Stein mittels *Sectio alta* aus der Harnblase. Eine nochmalige Untersuchung des Blaseninneren ergab weiterhin einen erstaunlich *grossen Stein in der Blasenmündung des linken Harnleiters fest eingekeilt.* Schwierige *Extraktion*, eine Menge stinkenden Eiters stürzte nach und zugleich erschienen 3 kleine runde Steine, die offenbar hinter dem grösseren Steine im Ureter gelegen hatten. Jodoformgazetamponade der Blase. *Heilung mit Blasenfistel.* Der Urin blieb trüb und eiweisshaltig. Weitere operative Eingriffe lehnte der Kranke ab. Zunehmende Nierenbeschwerden. *Tod* ausserhalb des Hospitals.

Jouon und Vignard (336): Ein 32jähr. Kr. bekam nach 10jähr. Urinbeschwerden ziemlich rasch eine *rechtsseitige Nierengeschwulst* mit gleichzeitiger *Anurie.* Lumbale *Nephrotomie.* Entleerung von mit Eiter gemischtem Urin. Weder in dem Nierenbecken, noch in den Nierenkelchen ein Conkrement. Die Sondirung des Harnleiters misslang. Drainage. Urinausfluss aus der Fistel; auf normalem Wege wurde kein Urin entleert. *Bleibende Fistel.* Der Urin wurde in einem Kautschukbehälter aufgefangen. Man muss annehmen, dass die linke Niere entweder fehlte oder völlig verödet war. Als Ursache der Anurie nehmen J. und V. eine entzündliche Schwellung und Knickung (?) des rechten Harnleiters an.

Israel (337) beschreibt folgende *3 Operationen bei Anurie durch Niereneinklemmung.*

1) 44jähr. Frau. Stein im Beckentheile des Harnleiters. Extraktion nach Spaltung des Scheidengewölbes. Naht der Ureterwunde. *Heilung* per prim. intentionem.

2) 52jähr. Mann. Rechtsseitige Solitärniere. 6tägige Anurie durch Steinverstopfung des rechten Ureters. Ureterotomie. Nephrotomie. *Heilung*.

3) 45jähr. Frau. Steineinklemmung im Beckentheile des Ureters. 6tägige Oligurie. Bei der Aufnahme fand sich die rechte Niere 2 Querfinger breit unter dem Rippenrande; während der Vorbereitungen zur Operation ein heftiger urämischer Anfall, der längere Zeit die Vornahme künstlicher Respiration erforderlich machte.

Nach Freilegung der Niere zeigte sich der Nierenkelch erweitert, der Harnleiter bleistiftdick. Extraperitonäale Freilegung des Harnleiters bis zur Linea arcuata pelvis, wo der Stein gefühlt wurde (dabei entstand ein Riss im Nierenbecken, es riss ziemlich durch) der Stein wurde dem Harnleiter entlang nach oben gestreift, Naht des Nierenbeckens, Tamponade der Wunde. Anfänglich floss der Urin aus der Wunde ab, allmählich jedoch schloss sich die Wunde, und der Urin wurde auf natürlichem Wege entleert. *Heilung*.

Die letzte Beobachtung zeigt: 1) dass bei Anurie durch Steineinklemmung eine selbst im Coma uraemicum unternommene Operation an Niere und Ureter noch lebensrettend wirken kann; 2) dass es möglich ist, mit dem von Isr. angegebenen Extraperitonäalschnitte einen Ureterstein in der Tiefe des kleinen Beckens aufzusuchen und in das Nierenbecken zurückzuschieben; 3) dass ein fast gänzlich von der Niere abgerissenes Nierenbecken per secundam intentionem wieder anheilen kann.

Isr. theilt dann noch die Krankengeschichte eines 60jähr. Kr. mit, den er wegen unvollständigen calculösen Ureterenverschlusses erst am 10. Tage operiren konnte. Extraperitonäale Freilegung des Ureters, Incision des Nierenbeckens, ohne dass ein Conkrement gefunden wurde. *Tod* 9 Tage post operat. an Sepsis. *Sektion:* Retroperitenäale Phlegmone; ein Oxalatconkrement lag in der Pars intermedia des Ureters, tief in die Schleimhaut eingekeilt und zum grössten Theile durch ihre Schwellung überdeckt. Die Spaltung der Niere mit dem Sektionsschnitte würde diesen Kranken erhalten haben.

„Die vorliegenden günstigen und ungünstigen Erfahrungen berechtigen zu der Forderung, bei Anurie durch Steinverschluss nicht länger als 2mal 24 Stunden mit der Operation zu warten, und sich nicht durch scheinbares Wohlbefinden des Kranken über die Schwere des Zustandes täuschen zu lassen. Eine über den genannten Zeitpunkt hinausgehende exspektative Behandlung ist ein Kunstfehler."

Legueu (342) berichtet eingehend über seine Beobachtungen bei *operativen Eingriffen wegen Steinanurie*. Von 5 Kranken, die er operirte, genasen 2.

Man muss 3 Arten der *Anurie* unterscheiden: eine *reflektorische*, eine *toxische* und eine *mechanische*.

Die *reflektorische Anurie* umfasst alle die Fälle, in denen eine pathologisch-anatomische Ursache der Erkrankung nicht nachgewiesen werden kann; mit zunehmender Kenntniss werden die Fälle von reflektorischer Anurie immer seltener; auch die Steinanurie wurde früher als reflektorischen Ursprunges betrachtet.

Der *toxischen Anurie* begegnet man bei den verschiedenen Formen der Nierenentzündung.

Alle die anderen Formen von Anurie sind *mechanischen* Ursprunges; sie werden durch ein im Bereiche der Harnleiter sitzendes Hinderniss hervorgerufen. Vorausgesetzt, dass nicht nur eine Niere vorhanden oder funktionfähig ist, muss das Abflusshinderniss doppelseitig sein.

Die Steinanurie ist stets mechanischen, nicht reflektorischen Ursprunges, sie ist eine reine Verstopfungsanurie. Aus pathologisch-anatomischen und klinischen Befunden geht mit Sicherheit hervor, dass sie nur Leute betrifft, die überhaupt nur eine Niere haben oder bei denen nur eine Niere sekretiontüchtig ist. L. leugnet also das gleichzeitige Vorkommen von Steinanurie auf der einen und dadurch bedingter reflektorischer Anurie auf der anderen Seite. Man darf deshalb in diesen äusserst gefährlichen Fällen niemals unnütz Zeit verlieren mit der Beseitigung der angeblich reflektorischen Anurie der einen Niere.

L. geht dann genauer auf die Symptomatologie und Diagnose der Steinanurie ein und hebt hervor, dass in seltenen Fällen von Anurie bei Nephrolithiasis die Anurie toxischen Ursprunges sein kann; bei der Operation dann also kein verstopfendes Conkrement gefunden wird. Eine hierher gehörige eigene Beobachtung wird mitgetheilt.

Tritt bei einem Kranken Anurie auf, so sind zunächst folgende Fragen zu entscheiden: Ist die Anurie durch ein Conkrement bedingt? Ist dies der Fall, in welchem Harnleiter und an welcher Stelle sitzt das Hinderniss?

Die von L. gegebenen genauen diagnostischen Hinweise müssen im Originale nachgelesen werden; im Wesentlichen enthalten sie nichts Neues.

Wenn auch in seltenen Fällen die Steinanurie spontan zurückgeht, so darf man doch nicht darauf rechnen, sondern muss bei sichergestellter Diagnose so bald als möglich operativ eingreifen. Von 25 wegen Steinanurie Operirten sind 10 gestorben; diese Mortalität von 40% ist aber entschieden zu niedrig, da eine ganze Anzahl unglücklich ausgegangener Operationen nicht veröffentlicht worden ist. In den meisten Fällen ist zu spät operirt worden.

Bei der Steinanurie kommen 2 operative Eingriffe in Frage: die Ureterotomie und die Nephrotomie. Ersterer Eingriff ist nur dann angezeigt, wenn der Sitz des Hindernisses genau bestimmt werden kann und sich noch im oberen, leicht erreichbaren Theile des Harnleiters befindet. Aber es kann auch vorkommen, dass man, wenn durch die Ureterotomie der eingeklemmte Stein glücklich entfernt worden ist, im Nierenbecken noch Steine fühlt, die durch den Harnleiterschnitt nicht herausbefördert werden können. Man muss dann der Ureterotomie noch die Nephrotomie folgen lassen. Deshalb ist es entschieden richtiger, in allen Fällen von Steinanurie von vornherein die Nephrotomie vorzunehmen, wie auch Demone und Poueson wollen. Von der Nephrotomiewunde aus kann man

die Conkremente aus dem Nierenbecken entfernen und meist auch die im oberen Harnleiterabschnitte eingeklemmten Conkremente herausbefördern. Endlich kann man von der Nephrotomiewunde aus auch den retrograden Katheterismus des Harnleiters ausführen. Ist die Passage frei geworden, so kann man die Nephrotomiewunde durch die Naht schliessen; anderenfalls stellt man vorübergehend oder dauernd eine Lumbalfistel her.

A. Parkin (348): Ein 56jähr. Mann klagte seit Jahren über Schmerzen in beiden Lendengegenden; einmalige vorübergehende Hämaturie. Die in der ersten Zeit rechts heftiger auftretenden Schmerzen verloren sich allmählich ganz, während sie auf der linken Seite dauerud blieben. Plötzlich eintretender, schwerster urämischer Zustand: *4 Tage lang vollkommene Anurie. Lumbale Nephrotomie;* Niere vergrössert, stark congestionirt, blutete beängstigend stark bei dem Einschnitte. Kein Conkrement. Incision des Nierenbeckens von hinten her: konisches *Harnsäureconkrement fest in den Anfangstheil des Ureters* eingekeilt. Drainage; reichliche Urinabsonderung. Vollkommene *Heilung.*

Ainsley (311): 24jähr. Frau mit gegen Ende der letzten Schwangerschaft entstandener rechtsseitiger *Eiterniere.* Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.* Als Ursache der Eiterniere fand sich ein *Maulbeerstein* im Nierenbecken.

Alsberg (313) führte bei einer Kr. 1891 die *linksseitige,* 1895 die *rechtsseitige Nephrolithotomie* aus. *Tod* im Collaps.

v. Bardeleben (314): 38jähr. Frau mit rechtsseitiger *Pyonephrose* nach Wochenbett. Lumbale Punktion; stückweise Entferuung des dicken Sackes. *Heilung.* In den Hohlräumen befanden sich *5 Conkremente.*

Briddon (317): *Extraperitonäale Uretero-Lithotomie* bei einem 49jähr. Kr., der seit seinem 5. Lebensjahre an linksseitigen Nierenschmerzen gelitten hatte. *Zweimalige Nephrotomie;* bei der 2. Operation Entfernung eines grossen Conkrementes aus dem Nierenbecken. 4 Monate später *Nephrektomie.* Trotzdem Schmerzpunkt oberhalb des linken Ligamentum Poupartii. Extraperitonäale Eröffnung des Ureters. Entfernung eines Oxalatsteines. Naht. *Heilung.*

Brook (318): 1) 18jähr. Mädchen mit linksseitiger *Nephrolithiasis.* Starke Perkussion unterhalb der Spitze der linken 12. Rippe erzeugte starke Empfindung in der Lendengegend. *Nephrolithotomie.* Extraktion eines grossen verästelten Oxalatsteines. *Heilung.*

2) 22jähr. Kranker mit rechtsseitiger *Nephrolithiasis.* Eigenthümlich stechende Schmerzen in der Lendengegend bei starker Perkussion unmittelbar oberhalb der Niere. *Nephrolithotomie.* Entfernung eines grossen Oxalatsteines. *Heilung.*

Conrmont (321): *Vereiterte* rechtsseitige *Steinniere. Nephrektomie. Tod* nach 25 Tagen in Folge gleichzeitiger Steinerkrankung der anderen Niere.

Dandis (322) berichtet über 2 mit Erfolg ausgeführte *Nephrolithotomien* (Sektionschnitt) bei einem 32- und einem 38jähr. Kr. Nierennaht. *Heilung.*

Dendy und Esgles (323): 38jähr. Mann mit den Symptomen einer linksseitigen *Steinniere.* Lumbale *Nephrolithotomie.* Entfernung eines grossen Maulbeersteines. Symptome von *Pyämie* u. s. w. 6 Monate später *Nephrektomie. Heilung.*

Goldthwaite (331): 28jähr. Frau mit *calculöser Pyelonephritis.* Sehr langes Zuwarten bis zu einem operativen Eingriffe, dann *Nephrektomie* von einem lateralen Abdominalschnitte aus. *Heilung.*

Graser (238) berichtet über 4 Fälle von *Nephrolithotomie.* In dem einen Falle handelte es sich um ein ausschliesslich aus Phosphaten bestehendes Conkrement. Gr. hebt mit Recht hervor, wie gerade bei der Operation der Steinniere eine ausgiebige Freilegung der Niere zur Durchsuchung nach Conkrementen, zur zweckmässigen Anlegung des Schnittes in das Nierenparenchym oder Nierenbecken, zur präventiven Blutstillung durch Compression des Nierenstieles besonders wichtig ist. Zur Entfernung der Conkremente aus den Nierenkelchen und Nierenbecken ist am besten der Schnitt durch den sogen. Nierenäquator zu legen, eventuell die Incision an beiden Polen der Niere vorzunehmen. In den letzten tödtlich endenden Fällen von Nephrolithotomie wiesen die klinischen Symptome hauptsächlich auf eine Erkrankung der linken Niere hin, während, wie die Sektion später zeigte, die schwerere Erkrankung (vollständige Verstopfung des Harnleiters durch ein Conkrement) rechts sass.

Horczel (335): 35jähr. Frau mit *Steinniere. Nephrolithotomie.* Drainage. *Heilung.*

Körte (339): 45jähr. Frau; seit 5 Jahren zeitweise Nierenblutungen und rechtsseitige Nierenkoliken; mehrfach Abgang kleiner Conkremente. In den letzten Monaten andauernde Hämaturie. Lumbale *Nephrolithotomie* der stark nach unten dislocirten rechten Niere. Entfernung mehrerer grösserer, aus oxalsaurem und phosphorsaurem Kalk bestehender Conkremente. Die *Niere* war in einen vielbuchtigen Sack verwandelt. *Exstirpation. Heilung.*

Krause (340): 62jähr. Frau mit linksseitiger *Pyonephrose.* Lumbale *Freilegung* der Niere, Sektionschnitt. Extraktion eines grossen *Conkrementes* aus dem Nierenbecken. Austamponirung des stark eitrig entzündeten Nierenbeckens mit steriler Gaze. Nachbehandlung mittels Einspritzung von Höllensteinlösung. Vollständige *Heilung.*

Lentz (343): 18jähr. Mann, seit 10 Jahren linksseitige Nierenkoliken. *Nephrolithotomie.* Extraktion eines sehr grossen Conkrementes. Danach 18 Tage lang dauernde Hämaturie, Abgang eines kleinen facettirten Steines. *Heilung.*

Lund (344): 16jähr. Kranker mit rechtsseitiger *Steinniere;* Hämaturie, öfterer Abgang von Steinen. *Lumbale Nephrolithotomie,* Entfernung mehrerer Conkremente. Drainage, Naht, *Heilung.*

Lydston (345): 46jähr. Kr. mit *Leberabscess* und *umschriebener Eiteransammlung in der Umgebung der rechten Niere.* Incision des Leberabscesses; nach Durchbohrung seiner hinteren Wand kam man in eine perinephritische Höhle, die neben vielem Eiter etwas Sand enthielt und mit dem erweiterten Nierenbecken durch eine Oeffnung communicirte. Extraktion eines grossen, facettirten, 746 Gran schweren *Steines* und mehrerer kleiner Conkremente. Jodoformgazetamponade. *Heilung.*

Mendelsohn (346): *Exstirpation* einer *pyonephrotischen Steinniere* bei einem 34jähr. Kranken. Bei diesem von König operirten Kr. liess sich cystoskopisch deutlich sehen, wie der Eiter aus dem linken Harnleiter in ununterbrochenem Strome in die Blase floss. Das mittels *Casper's* Ureterenkatheter entnommene Sekret der anderen Niere war vollkommen normal.

Ponsson (351): 34jähr. Mann mit ausgesprochenen Erscheinungen von *Nephrolithiasis;* rechte Niere druckempfindlich. Rechtsseitige *Nephrolithotomie.* Das Conkrement wurde erst entdeckt, nachdem P. vom convexen Rande her die Niere bis in das Becken gespalten hatte. Entfernung eines haselnussgrossen *Steines.* Keine Nierennaht. *Rasche Heilung.*

Roberts (356): *Transperitonäale Uretero-Lithotomie* bei einer 57jähr. Kranken. Entfernung eines olivenförmigen Steines. Catgutnaht des Harnleiters und des Bauchfells darüber. *Heilung.*

Schulz (358) theilt aus der Leipziger chirurgischen Klinik 2 F. von *Nephrektomie* wegen *Nephrolithiasis* mit.

1) 39jähr. Frau mit rechtsseitiger *Nephrolithiasis.* Grosser Tumor. Transperitonäale *Nephrektomie. Heilung.* Das ganze Nierenbecken war von einem grossen Oxalatsteine ausgefüllt.

2) 46jähr. Mann mit linksseitiger *Steinniere.* Grosse prall elastische, in ihrem Volumen wechselnde Geschwulst.

Extraperitonäale *Nephrektomie.* Im Nierenbecken ein grosser verästelter Stein. *Heilung.*

[Warum in diesen beiden Fällen nicht zunächst ein Versuch mit der *Nephrolithotomie* gemacht wurde, geht aus dem Bericht nicht hervor.]

Steinthal (198): 34jähr. Frau mit *Pyelitis calculosa dextr.* im Anschlusse an einen vor 10 Jahren überstandenen Typhus. *Nephrolithotomie.* Entfernung eines 90 g schweren Steines, der einen vollständigen Abguss des Nierenbeckens und der Nierenkelche darstellte. *Heilung* mit einer klaren Urin absondernden Fistel.

Tuffier (359): 40jähr. Frau mit typischen Nierenkoliken und zeitweisen Hämaturien. Völlig negativer Befund auch nach lumbaler Blosslegung der Niere und Akupunktur. Incision der Niere von der Convexität his in das Nierenbecken. *Entfernung* eines 3 cm langen *Conkrementes.* Nierenbecken etwas erweitert, Harnleiter durchgängig. Naht der Nierenwunde mit Catgut; Naht der Lumbalwunde ohne Drainage. Vollkommen *glatte Heilung.*

Vires (360): 25jähr. Mann mit rechtsseitiger *calculöser Pyonephrose. Nephrektomie.* Vollkommene *Heilung ohne Fistel in 8 Wochen,* noch nach 1 Jahre festgestellt.

Weeks (361): Rechtsseitige *Steinniere,* Schmerzen, Schüttelfröste, Pyurie. Spontaner Nachlass aller Erscheinungen. Mehrere Jahre später entstanden plötzlich 2 schmerzlose *Schwellungen in der rechten Leistengegend,* bez. unterhalb derselben am *Oberschenkel.* Nach der *Incision* entleerten sich nacheinander 4 aus Harnsäure bestehende Steine, ohne dass jemals ein Tropfen Urin aus den Fisteln gekommen wäre. Jedenfalls haben die Steine das Nierenbecken durchbohrt und sind langsam abwärts gewandert; die Nierenbeckenwunde selbst ist wieder verheilt.

Dickinson (324) fand bei einer 57jähr., an Phthisis verstorbenen Frau die *linke Niere mit 2 Ureteren;* der obere war dilatirt, die dazu gehörige Nierenhälfte hydronephrotisch. Der dilatirte Ureter mündete in den Sinus prostaticus; der andere an normaler Stelle. Der *dilatirte Ureter* enthielt, nahe seinem Ende, ein kleines, an Prostatasteine erinnerndes *Conkrement.*

Presoott (352): 31jähr. Frau mit *intermittirender Hydronephrose* der rechten Seite. Schwerer Allgemeinzustand. Kein operativer Eingriff (!). *Tod.* Die *Sektion* ergab eine kindskopfgrosse Hydronephrose der rechten Seite; der Sack enthielt mehrere *Conkremente,* eines davon hatte den Ureter vollkommen verlegt. Links ebenfalls Hydronephrose; im Nierenbecken ein grosser Phosphatstein. Die ganze Erkrankung ging nur auf 2 Jahre zurück; ein schwererer Zustand hatte nur in den letzten 3 Monaten bestanden.

Lund (344): 19jähr. Kranker mit *Symptomen von linksseitiger Steinniere:* Schmerzen, Erbrechen, häufige Anfälle von Hämaturie u. s. w. *Lumbale Freilegung der linken Niere,* die vergrössert und tief dunkelroth gefärbt erschien. Kein Stein nachweisbar, auch nicht nach Incision der Niere. Ausserordentlich starke Blutung aus der weichen, zerreisslichen Nierensubstanz, die den Gedanken an eine maligne Neubildung nahelegte. *Exstirpation der Niere. Heilung.* Die Untersuchung des entfernten Organs ergab: *large white kidney* (!).

XII. Wanderniere.

362) Albarran, Etude sur le rein mobile. Gaz. de Par. LXVI. 37. 38. 1895.

363) Albarran, Etude sur le rein mobile. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. 7. 8. 1895.

364) Brian, E., Expériences sur une méthode de néphrepexie. Arch. prev. de Chir. 11. 1895.

365) Clarke, Remarks on a series of thirty cases of movable kidney treated by operation, with their results. Brit. med. Journ. March 16. 1895.

366) Delvoie, P., Pathogénie et traitement du rein mobile. Journ. de Brux. IV. 2. p. 97. 1895.

367) Dreyzehner, Ein Fall von Pankreascyste mit Nierendrehung. Arch. f. klin. Chir. L. 2. p. 261. 1895.

368) Edebohls, G., Notes on movable kidney and nephrorrhaphy. Amer. Journ. of obstetr. Febr. 1895.

369) Fellner, L., Ueber Wanderniere u. deren Behandlung mit *Thure-Brandt*'scher Massage. Wien. med. Wchnschr. XLVI. 10—12. 1896.

370) Franks, On movable kidney. Brit. med. Journ. Oct. 12. 1895.

371) Hahel, A., Tabes dorsalis u. Wanderniere. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 7. 1897.

372) Herzberg, E., Ueber Dauererfolge der Nephrorrhaphie. Inaug.-Diss. Göttingen 1895.

373) Howitz, F., Nephrorrhaphie. Nord. med. ark. II. 9. 1895.

374) Jahoulay, M., Méthode opératoire pour la néphropexie. Lyon méd. XXVII. 39. 1896.

375) Johnston, G. B., On movable kidney. Ann. of surg. Febr. 1895.

376) Irwin, J. W., Operation for movable kidney, followed by gangrene of the stomach. Medicine II. 12. 1896.

377) Keller, C., Die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnose u. Therapie. Halle a. S. 1896. K. Marhold. 8. 44 S.

378) Knapp, Klinische Beobachtungen über die Wanderniere bei Frauen. Ztschr. f. Heilkde. XVII. 2 u. 3. p. 189. 1896.

379) Krischewski, M., Die Wanderniere u. ihre operative Behandlung. Inaug.-Diss. Berlin 1895.

380) Lafouroade, Sur quelques résultats de la néphrorrhaphie. Semaine méd. XV. 43. 1895.

381) Landau, L., Wanderniere u. Unfall. Aerztl. Sachverst.-Ztg. III. 1. 1897.

382) Lavergne, Contribution à l'étude de néphrorrhaphie. Thèse de Paris 1895.

383) Legry, T., Pathogénie et symptomatologie du rein mobile. Union méd. 9. 10. 1895.

384) Legueu, Quelques considérations sur l'anatomie pathologique du rein mobile. Bull. de la Soc. anat. 5. 8. IX. 14. 1895.

385) Morris, H., On the clinical confusion between distension of the gall bladder and movable kidney. Brit. med. Journ. Febr. 2. 1895.

386) Morris, H., Malignant disease of the colon simulating movable kidney. Lancet April 27. 1895.

387) Newman, D., Three cases operated on for displacement of the kidney, the symptoms of one case suggesting renal calculus. Glasgow med. Journ. XLVII. 1. p. 31. Jan. 1897.

388) Nohle, C. P., Wanderniere. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 25. 1896.

389) Owen, E., Obscure „renal symptoms"; cancer of ascending colon; resection; death; remarks. Lancet April 27. 1895.

390) Pavone, M., Nefropessia per rene migrante. Policlinico Juli 1895.

391) Péan, Néphrepéxie et hépatopexie simultanées. Semaine méd. XVI. 53. 1896.

392) Penzo, R., Sulla fissazione del rene. Rif. med. XI. 98. 1895.

393) Phocas, Du rein mobile. Son traitement chirurgical. Nord méd. I. 2. 1894.

394) Poullet, Néphropexie tendineuse. Lyon méd. LXXIX. p. 116. Mai 1895.

395) Poullet et Vulliet, Nouvelle opération de néphrepexie. Revue de Thér. méd.-chir. Juillet 1. 1895.

396) Raude, A., Die Annähung der Wanderniere. Inaug.-Diss. Marburg 1894.

397) Reed, A new method for anchoring the kidney. New York med. Record XLVII. 26; June 1895.

398) Rosenthal, N., Zur Aetiologie der Wanderniere. Therap. Monatsh. X. 12. 1896.

399) Rotmann, Wanderniere. Deutsche med. Wochenschr. XXI. 3. Beil. 1895.
400) Samter, E., Ein Fall von traumat. Wanderniere. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. 9. 1895.
401) Schomp, G., Ein Fall von doppelseitiger Wanderniere. Inaug.-Diss. Greifswald 1895.
402) Stone, J. S., Nephroptosis-movable kidney. Med. News LXVIII. 26. p. 713. June 1896.
403) Stewart, W., Nophroptosis: its causation, treatment, and its relation to many obscure symptomes io woman, with report of 17 cases. New York med. Record XLVII. 6. p. 161. Febr. 1895.
404) Tidey, St., On the frequency of movable kidney. Brit. med. Journ. May 4. 1895.
405) Tricomi, Entferntere Resultate von 32 Nephrorrhaphien bei Wanderniere. Ital. Chirurgencongress 1896. Centr.-Bl. f. Chir. XXIII. 52. 1896.
406) Vulliot, D'une nouvelle opération de néphropexie. Revue méd. de la Suisse rom. XV. 6. p. 326. Juin 1895.
407) Walsh, G., Etude clinique du rein mobile (indications thérapeutiques). Thèse de Paris 1896.
408) Watson, F. S., Further cases illustrative of renal surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 1. p. 14. July 1896.
409) White, F., A case of floating kidney. Brit. med. Journ. June 22. 1895.

Albarran (362. 363) bespricht in einer ausführlichen Arbeit die Pathogenese, die Symptome, die operativen Indikationen und die operative Technik bei der *Wanderniere*. Nachdem er darauf hingewiesen hat, dass zwischen dem Grade der Beweglichkeit der Niere und der Reichhaltigkeit der durch sie angeblich veranlassten Symptome keinerlei Verhältniss besteht, bespricht er nach einander die drei hauptsächlichsten Störungen (Schmerz, nervöse Erscheinungen, Verdauungsstörungen), die den Kranken zum Arzte treiben.

Vier *Behandlungmethoden* sind gegen die Wanderniere vorgeschlagen worden, die Massage, orthopädische Apparate, die Nephrektomie und die Nephrorrhaphie. Die Nierenexstirpation verwirft A. natürlich bei nicht complicirter Wanderniere; nur bei bestimmten schweren Erkrankungen der beweglichen Niere oder, wenn die Fixation mehrere Male ohne Erfolg ausgeführt worden ist, kann diese eingreifende Operation in Frage kommen. Die Operation der Wahl ist jedenfalls die Nephrorrhaphie, die aber stets erst dann vorgenommen werden soll, wenn orthopädische Maassnahmen, das Tragen einer gutsitzenden Binde, nicht zum Ziele geführt haben. Eine gute Nephrorrhaphie muss folgende Bedingungen erfüllen: sie muss eine ungefährliche Operation sein, sie muss Gewähr leisten für eine sichere Fixation der ganzen Niere und für einen ungestörten Abfluss des Urins, sie muss endlich das Nierengewebe so wenig wie möglich gefährden.

Was die *operative Technik der Nephrorrhaphie* anlangt, so verwirft A. mit Recht alle complicirten Operationen, wie die von Lloyd, Schilling und Anderen. Am meisten empfiehlt sich das Verfahren von Guyon, wobei die Niere ohne „Decortikation“ der Nierensubstanz fixirt wird. Die Befestigung ist eben so sicher, als wenn die Nierenkapsel abgelöst wird, und jedenfalls fehlen dann sklerotische Veränderungen, wie sie A. bei seinen experimentellen Untersuchungen nach der „Decortikation“ gefunden hat.

A. verfügt im Ganzen über 374 Fälle von Nephrorrhaphie, von denen 56 bisher noch nicht veröffentlicht worden sind. Von den hierbei beobachteten 7 Todesfällen können nur 4 der Operation als solcher zur Last gelegt werden. Die Nephrorrhaphie mit intraparenchymatöser Naht ergiebt 78% Heilungen. Am günstigsten wird der Schmerz durch die Operation beeinflusst, am wenigsten beeinflusst werden die verschiedenartigen nervösen Symptome. Oefters ist dann eine wiederholte Nephrorrhaphie noch von Erfolg begleitet.

In einer aus der Rosthorn'schen Klinik stammenden Arbeit giebt Knapp (378) auf Grund von 100 Fällen von *Wanderniere* bei Frauen ein genaues Bild dieser Erkrankung. Er trennt die Nierendislokation in:

I. *Angeborene*.
1) Descensus renis (Tieflage).
2) Ren mobilis (tiefer getretene Niere).
3) Dislocatio renis fixata (Hufeisenniere).

II. *Erworbene*.
1) Descensus renis (Tiefertreten der Niere).
2) Ren mobilis (tiefer getretene Niere).
3) Dislocatio renis, ante mobilis, fixata.

Als *descendirt* bezeichnet K. jene Niere, deren Verschiebung lediglich in der durch ihre Längsachse gelegten, der Medianlinie parallelen Geraden (nach abwärts) erfolgt ist; sobald aber bei dieser Lageveränderung der untere Nierenpol sich der Medianlinie nähert, ist das Charakteristikon für die Wanderniere gegeben.

Aetiologisch macht K. auf das Vorkommen von Nierendislokationen bei stärkerer Anteflexion des gleichzeitig vergrösserten Uterus aufmerksam. Ein gut sitzendes und richtig gearbeitetes Corset schützt gegen Dislokationen.

Was die *Häufigkeit* der Wanderniere bei Frauen anlangt, so fand K. ein Verhältniss von 206 : 11, also ca. 5%.

Therapeutisch empfiehlt K. die *conservative Behandlung* mit möglichstem Ausschlusse jedes operativen Eingriffes. Uncomplicirte Wandernieren, die keine Beschwerden verursachen, erfordern keine Behandlung, wohl aber die dauernde Beobachtung, um das Zunehmen der Beweglichkeit der Niere und die dadurch eventuell ausgelösten Beschwerden zu verhüten. Neben der Allgemeinbehandlung kommt der indirekten mechanischen die grösste Bedeutung zu, deren Hauptaufgabe darin zu bestehen hat, die Organe der Bauchhöhle im Ganzen am Herabsinken zu verhindern. K. verwirft die kleinen, niemals ihren Zweck erfüllenden Pelotten und bespricht kritisch eine ganze Reihe von Wandernierenbandagen, die, wenn sie nützen sollen, durch die erzielte Kraftleistung nach innen und gleichzeitig nach aufwärts wirken müssen. Selbstverständlich kann nicht eine Bandage für alle Fälle

passen, sondern in jedem Falle muss individualisirt werden. Vor der Bandagenbehandlung empfiehlt K. die Massage nach Thure-Brandt. Operative Eingriffe bei Wandernieren wurden in der v. Rosthorn'schen Klinik nicht ausgeführt.

In übersichtlicher und leicht verständlicher Weise bespricht Keller (377) *die Wanderniere der Frauen, insbesondere ihre Diagnostik und Therapie.* Die Entwickelung der Wanderniere ist in jedem einzelnen Falle auf ein Zusammenwirken mehrerer Schädlichkeiten zurückzuführen. Die häufigste und wichtigste Ursache ist bei Frauen die Erschlaffung der Bauchdecken, wie sie nach rasch aufeinanderfolgenden Geburten, schweren Entbindungen bei engem Becken, nach unzweckmässigem Verhalten im Wochenbett zurückbleiht. Die *Prophylaxe* der Wanderniere besteht deshalb vor allen Dingen auch in einer zweckmässigen Leitung des Wochenbettes, um eine starke Erschlaffung der Bauchdecken zu verhüten. Bei schon entwickelter Erschlaffung der Bauchdecken oder bei vollendetem Hängebauch sind der Gebrauch einer Binde, sowie die Anwendung kalter Abreibung, Massage, Faradisation zweckmässig. Die Behandlung der Wanderniere erfordert in erster Linie Maassnahmen zur Beschränkung ihrer Beweglichkeit. Zunächst ist daher die *Bandagenbehandlung* einzuleiten. Mit ihr gelangt man bei einer sehr grossen Zahl der Kranken zum Ziel. Der Erfolg der Bandage hängt ab von deren gutem Sitz, den man am besten selbst controlirt. Die Binde muss von der Kranken immer getragen werden, wenigstens noch längere Zeit nach dem Aufhören der Beschwerden. Bei der zufällig constatirten, symptomlos gebliebenen Wanderniere lässt man am besten auch eine Binde tragen. Völlige Erfolglosigkeit der Bandagenbehandlung, oder bei der arbeitenden Klasse die trotz derselben bestehende Erwerbsunfähigkeit geben die Indikation zur *Nephrorrhaphie* ab, deren Vornahme in jedem einzelnen Falle eine genaue Prüfung der Beweglichkeit der Niere vorauszugehen hat bezüglich vorhandener Adhäsionen.

Die *Nephrektomie* bei einfachen, nicht complicirten Wandernieren ist als völlig unberechtigt zu verwerfen. „Nur in schweren Fällen, wenn selbst die wiederholte Nephrorrhaphie erfolglos war und der Zustand der Patientin wirklich ein bedauernswerther blieb, kann dieselbe bei Wanderniere in Frage kommen.“ Nur bei Sarkom, Carcinom oder ausgedehnter Eiterung der Wanderniere ist ihre Exstirpation berechtigt.

Was die *Entstehung der Wanderniere* anlangt, so sind nach Küster (105) alle die ätiologischen Theorien unhaltbar, die nicht ungezwungen erklären, warum die Wanderniere in überwiegend grosser Zahl bei Frauen und überwiegend rechtsseitig vorkommt. Eine Erklärung findet aber diese Thatsache nur durch die von Bartels und Heller vertretene *Theorie der Schnürwirkungen.* Letztere bestehen in plötzlich oder langsam zu Stande kommenden Verengerungen des unteren Abschnittes des Brustkorbes. Dasselbe Trauma aber, das bei Männern Nierenzerreissungen hervorruft, bedingt bei Frauen Lageveränderungen der Niere namentlich deswegen, weil die starke Vorwölbung der Hüften mit ihrem Fettpolster und ferner die weibliche Kleidung (Corset) einen starken Schutz gewähren, der beim Manne fortfällt. Eine die Lendengegend treffende Gewalt ist hier nicht im Stande, die unteren Rippen stark zu adduciren, wohl aber den unteren Abschnitt des Brustkastens so zu erschüttern, dass die Nieren aus ihrer Lage geschleudert werden.

Legry (383) bespricht die verschiedenen *Entstehungsmöglichkeiten der Wanderniere.* Häufig wird namentlich eine rechtsseitige Wanderniere im Gefolge der Enteroptose gefunden, bedingt durch den Zug des primär gesenkten Colon ascendens oder begünstigt durch eine angeborene Schwäche in der Art der Fixation. Mit Recht wendet sich Legry aber gegen eine Verallgemeinerung der Glénard'schen Lehre, wonach die Nephroptose stets nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Enteroptose sein soll.

Noble (388) macht für die *Entstehung der Wanderniere* in erster Linie einen Mangel oder einen Schwund des Fettgewebes der Capsula adiposa verantwortlich. Die sonst angeführten ätiologischen Momente sieht er nur als begünstigende an. Häufig ist die Wanderniere mit Dysmenorrhöe verbunden. Für die Diagnose empfiehlt sich die vornübergebeugte Stellung der Kranken. Bei geringfügigen Symptomen räth N. zu einer kräftigenden Allgemeinbehandlung; bei stärkeren Erscheinungen zur Nephrorrhaphie. Mastkuren haben meist nur vorübergehende Wirkung.

Nach Waloh (407) liegt der *Wanderniere* eine besondere *angeborene Disposition* zu Grunde; die sonst als Veranlassung der Wanderniere angeschuldigten Ursachen können nur dann wirken, wenn diese Disposition vorhanden ist. Wegen der leicht eintretenden Complikationen ist die Prognose nicht zu leicht zu nehmen. Namentlich bei Frauen kann sich leicht Pyonephrose in der Wanderniere entwickeln. Sind Bandagen, Stützapparate und Massage erfolglos, so kommt die *Nephrorrhaphie* in Frage.

Unter 68 *Tabeskranken* der Eichhorst'schen Klinik (24 Weiber, 44 Männer) fand sich, wie Hahel (371) mittheilt, bei 6 eine ausgesprochene *Wanderniere;* in einem Falle handelte es sich sogar gleichzeitig um Wanderniere und Wanderleber. Alle 6 Fälle betrafen Frauen. In Anbetracht dessen, dass sich sonst nur bei 1% der aufgenommenen Frauen Wanderniere fand, dagegen bei 25.6% der tabischen Frauen, glaubt H., *dass die Tabes dorsalis die Entstehung der Wanderniere begünstigen kann.* Vielleicht ist sie die Folge einer starken Abmagerung, wie sie öfters bei Tabes vor-

kommt, vielleicht handelt es sich um eine Erschlaffung und Herabsetzung des Tonus der Ligamente der Bauchorgane.

N. Rosenthal (398) hat eine Anzahl von 7—14jähr. *Knaben und Mädchen* auf die leichte *Beweglichkeit und Verschieblichkeit der Nieren* untersucht. Bei 50% der Mädchen und bei 10% der Knaben war ein grösserer oder geringerer Theil der rechten Niere zu fühlen. Bei 2 Mädchen im Alter von 11 und 12 Jahren war eine complete rechtsseitige Wanderniere vorhanden.

Stewart (403) theilt die *Wanderniere* nach dem Vorgange von Tuffier in eine *schmerzhafte, dyspeptische* und eine *neurasthenische Form*; er bespricht namentlich die in vielen Fällen so schwierige Differentialdiagnose zwischen Wanderniere und Wandermilz, Pankreas-, Mesenterial- und Gallenblasentumoren u. Aehnl. Therapeutisch hat St. (17 Fälle) sehr gute Erfolge mit Bandagen erzielt.

Péan (391) macht darauf aufmerksam, dass eine *abnorme Beweglichkeit der Leber und der rechten Niere* häufig zusammen vorkommen und eventuell auch in einer Sitzung (von einem transversalen Schnitte aus) operativ beseitigt werden können.

Tidey (404) weist auf die *grosse Häufigkeit der beweglichen Niere* hin und namentlich auch darauf, wie oft ihre Erscheinungen verkannt werden.

Therapeutisch empfiehlt T. Uebungen zur Stärkung der abdominalen und lumbalen Muskulatur, kräftige und reichliche Ernährung, Regelung des Stuhlganges.

Aus Anlass eines bestimmten Falles spricht sich L. Landau (381) auf Grund langjähriger, grosser Erfahrung dahin aus, „dass eine uncomplicirte, bewegliche, an ihre normale Stelle reponirbare Niere, *Wanderniere*, ein Individuum nicht erwerbsunfähig macht, sofern es nur gelingt, dieselbe zu reponiren und durch eine passende Bandage, Binden u. s. w. an ihrer Stelle zu erhalten. Und dies gelingt, von Ausnahmefällen abgesehen, bei uncomplicirten beweglichen Nieren immer". Wenn ein Kr. durch irgend einen Unfall eine geringe Lockerung einer Niere erfahren hat, so wird, wenn die Ursache für die weitere Lockerung und Senkung aufhört (Schonung, keine schwere körperliche Arbeit), die Niere keine weitere Lockerung erfahren. Es wird bei dem mässigen Grade der Lockerung bleiben, bez. bei genügender Ernährung und Ruhe wird die Lockerung schwinden.

Samter (400) theilt folgende interessante Beobachtung mit: Bei einer 40jähr., früher ganz gesunden Frau entwickelte sich nach einer *Quetschung* der rechten Seite allmählich eine *rechtsseitige Wanderniere*. Nach passender Bandage subjektive Besserung. Auftreten eines *Morb. Addisonii*, der einen ziemlich rapiden Verlauf nahm. *Tod*. Die *Sektion* ergab: rechte Niere frei verschieblich bis in die Nabelgegend. Die rechte Nebenniere lag an normaler Stelle und wies eine sehr mässige strumöse Vergrösserung auf.

S. macht den Unfall für die Wanderniere verantwortlich, hat aber nicht die Ueberzeugung gewonnen, dass der Morb. Addisonii irgendwie, sei es mittelbar, sei es unmittelbar, mit dem Unfall oder der Wanderniere in Beziehung gebracht werden könne.

Morris (385) macht auf die häufigen *klinischen Verwechselungen* zwischen einer *vergrösserten Gallenblase* und einer *Wanderniere* aufmerksam; und zwar wird erstere meist für eine Wanderniere gehalten, seltener umgekehrt. Beide Affektionen betreffen häufig das weibliche Geschlecht; die rechtsseitige Wanderniere kommt ungefähr 13mal häufiger vor, als die linksseitige. Hierzu kommt, dass beide Affektionen öfters gleichzeitig bei ein und derselben Person beobachtet werden. Die Ursache hierfür liegt in dem festen Schnüren, wodurch die Leber herabgedrängt wird und zu einer Beweglichkeit der Niere führt. Die bewegliche Niere ihrerseits drückt auf die Gallenausführungsgänge und auf das Duodenum und erzeugt allmählich eine Ausdehnung der Gallenblase.

Die objektiven und subjektiven Symptome sind bei der rechtsseitigen Wanderniere und bei der Erweiterung der Gallenblase sehr ähnlich; auch die Untersuchung des Urins führt vielfach zu keiner sicheren Diagnose, da dieser bei Gallenblasenerweiterung Eiweiss und andererseits bei rechtsseitiger Wanderniere Gallenfarbstoff enthalten kann. M. theilt 6 Fälle mit, in denen die klinische Diagnose zwischen Gallenblasenerweiterung und rechtsseitiger Wanderniere schwankte und in denen erst durch einen operativen Eingriff Klarheit geschafft werden konnte.

Derselbe Autor (386) theilt dann je einen Fall von *maligner Neubildung des aufsteigenden*, bez. des *absteigenden Colons* mit, mit weitverbreiteter Eiterung in der entsprechenden Lendengegend. Die von dem Colon ausgehende Geschwulst hatte im Verein mit eigenthümlichen, durch die perinephritische Eiterung bedingten Nierensymptomen zunächst eine *bewegliche Niere vorgetäuscht.*

Auch Owen (389) theilt einen Fall mit, in dem ein *Carcinoma coli ascendent.* in Folge gewisser Nierensymptome eine *rechtsseitige Wanderniere vorgetäuschte.*

Brian (364) hat an Kaninchen und Hunden experimentell nachgewiesen, dass durch Blosslegung der Niere bis zur Capsula propria, Verlagerung zwischen oder bis an die Wundränder der Haut und Tamponade der klaffend gelassenen Wundhöhle mit antiseptischer Gaze eine solide, breite *Befestigung der Niere* an der hinteren Bauchwand zu erreichen ist. Die Capsula propria besitzt die Fähigkeit der Proliferation. Nähte sind zur Nierenfixation also nicht nöthig.

Auf Grund von experimentellen Untersuchungen und 8 klinischen Fällen empfiehlt Penzo (392) als beste Methode der *Nephropexie* das Verfahren von Bassini. Dieses besteht darin, dass die Niere vermittelst einer die fibröse Kapsel fassenden Seidennaht an den Wundrändern fixirt wird, nach-

dem zuvor alles Fett entfernt und die hintere Oberfläche der fibrösen Nierenkapsel durch eine 8proc. Chlorzinklösung gereizt worden ist.

Howitz (373) räth, die *bewegliche Niere* am Proc. transversus des 2. oder 3. Lendenwirbels oder an beiden zu *fixiren*, da die 12. Rippe, die sich doch selbst bewegt, kein guter Fixationpunkt ist. Dass die Lage der Niere durch die Fixation an den Lendenwirbeln etwas niedriger als normal wird, ist belanglos.

Um den möglichen Gefahren, die bei der *Nephrorrhaphie* durch eine weitgehende Ablösung der fibrösen Nierenkapsel und durch das Hindurchlegen der Fixationfäden durch die Nierensubstanz selbst entstehen können, zu entgehen, empfiehlt Jaboulay (374) folgende Methode der *Nephropexie:* Lumbale Incision bis auf die Capsula adiposa der Niere, Längsspaltung der Fettkapsel auf der Rückseite der Niere, Vereinigung der beiden Kapselränder mit den äusseren Wundrändern; überschüssige Theile der Fettkapsel werden resecirt. Antiseptische Tamponade der Wundhöhle, Heilung per granulationem.

Poullet (394) empfiehlt eine neue Methode der Nephropexie, die *„néphropexie tendineuse"*. Die immobilisirte und emporgehobene Niere wird durch die an ihrer oberen Insertion abgelöste Sehne des M. longissimus dorsi, die schlingenförmig um die Niere gelegt wird, fixirt. Am Menschen hat P. diese Operation bisher einmal mit Erfolg ausgeführt.

Auch Vulliet (406) hat nach dem Vorgange von Poullet, der bei der Radikaloperation von Hernien die Bruchpforte mittels den Adduktorensehnen entnommener Läppchen schliesst, versucht, die *Wanderniere* durch einen der Sehne des Longissimus dorsi entnommenen breiten Streifen zu fixiren. Die Einzelheiten dieses Verfahrens, das sich nicht nur bei Hunden, sondern einige Male auch schon beim Menschen bewährt haben soll, müssen in der mit einer Abbildung versehenen Originalarbeit nachgelesen werden.

Von 98 *Wandernieren*, die Fellner (369) in den letzten Jahren beobachten konnte, hat er 40 mit *Nierenmassage* nach Thure Brandt behandelt. Diese Behandlung bestand in der „Unternierzitterschütterung", in der F. den Hauptfaktor der Behandlung sieht, sowie in der steigreitsitzenden Wechseldrehung mit Nachvornebeugung des Rumpfes und in der Querlendenklopfung. Die Behandlung erstreckte sich je nachdem auf 7 bis 30 Massagesitzungen. In 38 Fällen konnte F. die Niere an ihre normale Stelle bringen und dort erhalten; in 11 Fällen konnte sich F. auch von dem 1—2 Jahre dauernden Erfolg der Behandlung überzeugen.

Bruce Clarke (365) giebt einen kurzen Bericht über 30 Fälle von *beweglicher Niere*, in denen er die *Nephrorrhaphie* ausführte.

Die hauptsächlichsten Symptome bei den in der Mehrzahl weiblichen Kranken bestanden in mehr oder minder heftigen, meist anfallsweise auftretenden Schmerzen.

Bei 2 Kranken zeigte die Niere ein *ausgebildetes Mesonephron*, so dass die *Fixation auf abdominalem Wege* vorgenommen werden musste. Bei der 2. Kranken musste später wegen heftigster Schmerzen die *Niere entfernt* werden; sie enthielt einen Stein.

Alle Kranken überstanden die Operation gut; die Mehrzahl (18) wurde durch die Fixation der Niere von ihren Beschwerden vollkommen oder fast vollkommen befreit. In 3 Fällen entschloss sich Cl. wegen Wiederkehr der Schmerzen später noch zur *Nephrektomie*. Auch diese Kranken genasen.

Edebohls (368) *reponirte* bei einer 28jähr. Kr. die incarcerirte rechtsseitige Niere; später *fixirte* er bei dieser Kr. beide Nieren *durch die Naht*.

Bei einer 27jähr. Frau mit beiderseits beweglichen Nieren *exstirpirte* er die rechte, weil sie pyonephrotisch entartet war, und nähte in gleicher Sitzung die linke fest.

E. macht auf das gleichzeitige Vorkommen von Appendicitis und rechtsseitiger Wanderniere aufmerksam; er hat in 10 solchen Fällen mit Erfolg die Appendix entfernt. *Nephrorrhaphien* hat E. bisher bei 50 Frauen ausgeführt, darunter bei 9 auf beiden Seiten (1 gestorben). Von den übrigen 58 festgenähten Nieren sind nur 2 später wieder beweglich geworden. Von den einseitigen Wandernieren sassen 40 rechts und nur 1 links. Als Nahtmaterial benutzt E. Chromcatgut.

Mazzeni (7) hat in 9 Fällen die *Nephropexie* vorgenommen: Lendenschnitt bis auf die Capsula fibrosa; Spaltung derselben in 2 Lappen, die mit der tiefen Lumbalfascie vernäht werden. Die darüber vereinigten Weichtheile liegen also unmittelbar auf dem Nierenparenchym. Heilung per primam; gute Resultate.

Johnston (375) hat in 17 Fällen von *Wanderniere* die *Fixation* vorgenommen. Lumbale Incision, Freilegung der Niere aus der Fettkapsel, 1 mittelstarke Naht tief durch die Nierensubstanz und die beiden Wundränder; Spaltung der fibrösen Kapsel, so dass ein schmaler Streifen von Nierensubstanz freiliegt; jederseits 4 Seidenknopfnähte durch die freien Wundränder. Jodoformgazetamponade, Heilung per granulationem.

J. konnte 15 seiner Kranken nach längerer Zeit, meist nach 2 Jahren, wieder untersuchen, und auch nach durchgemachter Schwangerschaft dauernde Fixation der Niere nachweisen.

Raude (396) berichtet über 34 von Küster ausgeführte *Annähungen der Wanderniere*. Insgesammt hatte Küster bei seinen 39 Fällen von Nephrorrhaphie 26 Heilungen, 8 Besserungen, 5 Misserfolge.

In seinem Lehrbuche beschreibt Küster die jetzt von ihm angewandte *Methode der Nephropexie* folgendermaassen: Er legt den unteren Pol der an ihre normale Stelle zurückgebrachten Niere vollständig frei und befestigt ihn mittels Silberdrahtnähten an der 12. Rippe, worauf die an dem Pol kapuzenartig abgelöste Fettkapsel unter ihm an der Vorder- und Seitenfläche des M. quadratus lumborum und an der Hinterfläche des Sacrolumbalis mit Catgut angenäht und die drainirte Wunde mittels Etagennähten geschlossen wird. Von den in dieser Weise operirten 12 Kranken wurden 10 vollkommen geheilt, 2 gebessert, ohne dass jemals ein Nachtheil von dem nebeabsichtigten Anstechen der Pleura, was 4—5mal erfolgte, beobachtet wurde. Unter den übrigen (im Ganzen 60) Nephropexien hatte K. einen Todesfall in Folge von Embolie der Art. pulmonalis, die von einer Thrombose der Venae uterina und hypogastrica ausgegangen war, andererseits 64.10% dauernde und vollständige Heilungen zu verzeichnen.

Tricomi (405) berichtet über die *späteren Resultate der Nephrorrhaphie bei Wanderniere*.

Von den 32 Nephrorrhaphien wurden 23 wegen schmerzhafter, 7 wegen „dyspeptischer", 2 wegen „neurasthenischer Wanderniere" unternommen. Sämmtliche Fälle betrafen das weibliche Geschlecht; nur ein einziges

Mal handelte es sich um die linke Niere. In 3 Fällen war ein Trauma vorhergegangen, 3 erschienen in Begleitung von Enteroptose, 3 mit Hydronephrose, 1 mit Cystenbildung. 10 Frauen waren Nulliparae, die anderen 22 Mütter.

T. operirt sofort in Fällen von starker Wanderniere und bei Hydronephrose; in leichteren Fällen. selbst bei unangenehmen Störungen, räth er, zuerst eine Gummibinde nebst Luftkissen anzulegen.

Die Technik der Operation hat T. bereits bei dem XI. internationalen Congresse zu Rom bekannt gemacht. 29mal Heilung per primam, 3mal per secundam intentionem. Die Eiterung begrenzte sich stets im subcutanen Bindegewebe und verhinderte niemals die Verwachsung der Niere mit dem M. quadratus lumborum. In keinem Falle wurde das Bauchfell geöffnet. Die erste Nephrorrhaphie wurde im März 1894, die letzte im September 1896 unternommen. Der unmittelbare Erfolg war stets ein überaus günstiger. Was die späteren Erfolge anlangt, so ist eine Pat. nach 2 Monaten einer Pneumonia fibrinosa, eine andere nach 4 Monaten einer fettigen Herzentartung erlegen; 24 Frauen befinden sich noch in den besten Gesundheitverhältnissen, 6 sind leider verschollen.

Bodenstein-Sänger (316): Bei einer 24jähr. Frau schwankte die *Diagnose* zwischen hydronephrotischer Steinniere, bez. reiner Hydronephrose neben Cholelithiasis und zwischen Hydrops cystidis felleae mit Steinbildung im Ductus cysticus. *Nierenschnitt* nach Simon. *Normale, aber sehr bewegliche Niere. Nephrorrhaphie. Coelio-Cholecystotomie. Heilung.*

Butz (231): 40jähr. Kranke mit seit 5 Jahren bestehender *Wanderniere*; seit 2 Jahren kindskopfgrosse, bewegliche *Hydronephrose. Transperitonäale Nephrektomie. Heilung.* Der Harnleiter war an der Umbiegungsstelle umgeknickt.

Dreyzehner (367) fand bei einer grossen Pankreascyste die rechte *Niere* um 180° *gedreht* und bis auf $^1/_3$—$^1/_4$ der normalen Grösse verkleinert.

Lund (344): 22jähr. Mädchen mit rechtsseitiger *Wanderniere.* Klinische Diagnose zweifelhaft: Beckenabscess? Probelaparotomie. 4 Wochen später lumbale *Nephrorrhaphie; Heilung.*

D. Newman (256): 32jähr. Frau mit rechtsseitiger, 6 Jahre nach einem Trauma entstandener *Wanderniere*; heftige Schmerzen. *Nephrorrhaphie* im 3. Monate der Gravidität. *Heilung.*

34jähr. Frau mit rechtsseitiger *Wanderniere*; intermittirende Hydronephrose. *Nephrorrhaphie. Heilung.*

Des Weiteren berichtet Newman (387) noch über folgende 3 Fälle von *operativ behandelter Nierendislokation:*

1) 50jähr. Mann mit heftigen, namentlich bei schwerer Arbeit verstärkten Nierenkoliken der linken Seite, Hämaturie; Nierenschwellung. Albuminurie und Cylindrurie. Die Operation ergab eine *bewegliche Niere mit Torsion des Ureters und der Blutgefässe. Nephrorrhaphie. Heilung.*

2) 44jähr. Fräulein mit ausserordentlich *beweglicher linker Niere.* Starke Beschwerden. *Nephrorrhaphie. Heilung.*

3) 31jähr. Fräulein mit sehr stark *beweglicher rechter Niere.* Starke dyspeptische Symptome. *Nephrorrhaphie. Heilung.*

Phocas (393): 22jähr. Mädchen mit *rechtsseitiger Wanderniere* und consecutiver *intermittirender Hydronephrose. Nephropexie. Heilung*, bisher 9 Monate anhaltend.

Rotmann (399) beobachtete bei einer 34jähr. Kr. mit ausserordentlich schlaffen Bauchdecken eine rechtsseitige *Wanderniere*, die sich sehr leicht palpiren liess. 4tägige leichte Albuminurie in Folge längerer Palpation. Der Puls der Nierenarterie konnte deutlich gefühlt werden.

Stokes (199) berichtet über 2 Fälle von *Wanderniere.*

1) 42jähr. Mann mit beweglicher, harter Geschwulst im Unterleibe, die zeitweise vollkommen verschwand. Heftige Schmerzanfälle, Abmagerung u. s. w. Die Diagnose war nicht vollkommen klar, deshalb *explorative Laparotomie.* Normale Verhältnisse bis auf eine mässig (?) *bewegliche rechte Niere.* Keine Fixation der Niere; Schluss der Bauchwunde. *Heilung.* Seither vollkommenes Aufhören aller Schmerzen. [Wie lange?]

2) 21jähr. Mädchen mit *rechtsseitiger Wanderniere. Nephrorrhaphie.* Seidennaht durch die Nierensubstanz und um die unterste Rippe. *Heilung.*

Stone (402): 6 Fälle von *Nephroptosis; Nephrorrhaphie*; günstige Resultate.

Watson (408): 26jähr. Frau mit *Wanderniere*, namentlich linke. Zeichen von intermittirender Hydronephrose. *Linksseitige Nephrorrhaphie*; Fixationsnähte nur durch die Nierenkapsel, nicht durch die Nierensubstanz. Leichtes Recidiv. Zunehmende Beschwerden von Seiten der rechten Wanderniere. *Rechtsseitige Nephrorrhaphie.* Die Nähte wurden in besonderer, zum Theil gekreuzter Anordnung, auch durch die Nierensubstanz geführt. *Heilung.*

XIII. Renale Hämophilie. Renale Neuralgie.

410) Broca, A., Hémophilie rénale et hémorrhagies rénales sans lésion connue. Ann. des mal. génito-urin. XIV. 12. 1894.

411) Duke, Case of neuralgia of kidney; nephrotomy; recovery. Lancet Aug. 17. 1895.

412) Johnston, G. B., Splitting the kidney capsule for the relief of nephralgia. Med. News LXX. 5. p. 140. Jan. 1897.

413) Klemperer, Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren. Berl. klin. Wchnschr. XXXIII. 49. 1896. — Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9. 10. 1897.

414) Neve, E. F., A case of renal irritation simulating calculus of the kidney cured by nephrotomy. Lancet March 6. 1897.

415) Paszet, J., Ueber Hämaturie u. renale Hämophilie. Centr.-Bl. f. d. Krankheiten d. Harn- u. Sexualorg. V. p. 397. 1894.

416) Picqué et Rehlanh, Hématuries rénales graves sans substratum anatomique. Revue de Chir. XV. 11. 1895.

417) Senator, H., Neuralgie der Niere (Nierenkolik, Nephralgie). Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 13. 1895.

Klemperer (413) berichtet zunächst über die in der Literatur niedergelegten Fälle von *Nierenblutungen aus gesunden Nieren beim Menschen* (Sabatier, Schede, Senator, Israel u. A.).

Kl. unterscheidet 2 Kategorien von Nierenblutungen: 1) *Akute Nierenblutungen in Folge von Anstrengungen.* Ein hierhergehöriger Fall ist zuerst von v. Leyden mitgetheilt worden: Ein älterer Arzt entleerte nach einer anstrengenden Bergtour blutigen Urin. Kl. selbst hat 2 Fälle beobachtet. Ein höherer Officier, Ende der 40er Jahre, hatte 7 Stunden zu Pferde gesessen, beim Absteigen Urindrang; es wurde schwarzrothes Blut entleert, am nächsten Tage war der Harn wieder normal. Der Kranke ist seitdem, d. h. seit 7 Jahren ganz gesund geblieben. Ebenso verlief eine Beobachtung bei einem jungen Kaufmann nach einer übermässigen Radfahrtour.

2) *Chronische Nierenblutungen.* a) *Renale Hämophilie* (Senator). Kl. hat in der v. Leyden'schen Klinik 2 Fälle beobachtet.

Ein Mann, der aus hämophiler Familie stammte und selbst vielfach an Gelenkschwellungen und Blutungen krank gewesen war, bekam in seinem 16. Jahre eine Nierenkolik mit Blutung, der späterhin noch mehrere gleiche Anfälle nachfolgten. In der Klinik wurde ein derartiger Anfall 7 Wochen hindurch beobachtet; er verlief gut ohne jedes operative Eingreifen. Im 2. Falle mit gleichfalls unzweifelhaften hämophilen Antecedentien sind die Blutungen seit 16 Jahren unter Schmerzen in der rechten Nierengegend wiederholt aufgetreten und haben bald kürzere, bald längere Zeit angehalten. Lauwarme Bäder mit kalten Uebergiessungen brachten die Hämaturie zum Verschwinden.

b) *Angioneurotische Blutungen.* Auch von dieser Form hat Kl. 2 Fälle beobachtet.

22jähr. Instrumentenmacher mit neuropathischer Belastung. Durch die Cystoskopie (Dr. Nitze) wurde die linke Niere als Quelle der Blutung ermittelt. Nephrektomie. Dauernde Heilung. An der Niere fand sich nicht die geringste anatomische Veränderung.

37jähr. Gutsbesitzer mit Mitralinsufficienz, ohne dass indess Beziehungen derselben zur Nierenblutung bestehen. Seit 8 Wochen Blutharnen. Hydriatische Behandlung führte in 3 Wochen zur Heilung.

Kl. schliesst folgendermaassen: *„Wenn bei hämophilen oder stark neurasthenischen Personen längere Zeit andauernde Nierenblutungen auftreten, ohne dass eine Organerkrankung nachweisbar ist, so ist ein operativer Eingriff nicht indicirt, sondern das spontane Aufhören der Blutung abzuwarten.“* Die *probatorische Freilegung der Niere* darf erst in Frage kommen, wenn nach mehrwöchiger innerer Behandlung kein Rückgang der Blutung zu erkennen ist und die Anämie das Leben gefährdet. Zeigt die Freilegung die Niere gesund, so ist die Exstirpation vorläufig nicht vorzunehmen, sondern die Wunde zu verschliessen und der Erfolg der Freilegung abzuwarten.

Aus der sich an diesen Vortrag anschliessenden Diskussion sind namentlich die Bemerkungen von Nitze und Senator hervorzuheben.

Nitze hat 7 Fälle von *essentieller renaler Hämaturie* beobachtet, in denen sämmtlich operirt wurde, 5mal von ihm selbst, 4mal wurde die Niere exstirpirt, 3mal der Sektionschnitt ausgeführt. Nur solche Fälle, in denen durch Obduktion oder Operation die Integrität der Nieren festgestellt ist, dürfen als Blutungen aus gesunden Organen angesprochen werden, vorausgesetzt, dass keine Ueberanstrengung nachweisbar ist. Auch bei Nierentumoren bleiben die Blutungen zuweilen längere Zeit oder sogar gänzlich aus, und doch treten allmählich sehr erhebliche Veränderungen an den Nieren auf. Die renale Hämophilie ist streng zu scheiden von den essentiellen Nierenblutungen; erstere ist nichts Besonderes, sondern nur eine Theilerscheinung der allgemeinen Hämophilie. Die Bezeichnung *„essentielle Nierenblutung“* hält N. für besser, als *„Blutung aus gesunder Niere“*. Aus gesunden Organen kann man sich nicht verbluten. Es ist nicht immer nöthig, die Niere sofort zu entfernen. Bei seiner letzten Operation hat N. sie nur so nach aussen angezogen, dass sie im Falle einer erneuten starken Blutung sofort exstirpirt werden konnte. Alle 7 Kranke sind geheilt. Hauptsächlich kommt die Differentialdiagnose mit Tumoren in Betracht. Bei essentieller Hämaturie kann man mit der Operation bis zum äussersten Grade der Anämie warten, bei Tumoren aber muss man möglichst früh eingreifen.

Senator schlägt folgende Eintheilung vor: 1) *renale Hämophilie*, 2) *essentielle Hämaturie*, 3) *Néphralgie hématurique.* Therapeutisch empfiehlt sich zunächst die Freilegung der Niere mit nachfolgender Reposition.

Broca (410) theilt folgende Beobachtung von *renaler Hämophilie* mit.

Die 28jähr., früher stets gesunde Pat. machte vor 2 Jahren Schwangerschaft und Wochenbett gut durch und ging dann 19 Monate als Amme. Die Periode war 9 Monate nach der Entbindung wiedergekehrt. Im Juli 1890, 1 Monat nach der Entwöhnung des Kindes, trat mehrere Tage nach der Periode unter unbestimmten rechtsseitigen Lendenschmerzen zum 1. Male *Hämaturie* auf. Diese verstärkte sich allmählich unter zunehmenden rechtsseitigen Lumbalschmerzen; in der linken Lendengegend nur geringe, zeitweise Empfindung. Nach 13monat. Dauer der Hämaturie trat stärkeres Ermüdungsgefühl ein; von einem Arzte wurde ein Tieferstand der rechten Niere constatirt. Tragen einer Nierenbinde ohne Erfolg.

Ende November 1891, also 16 Monate nach Beginn der Hämaturie, sah Br. die Kranke und konnte nur eine starke Druckempfindlichkeit der rechten Niere finden, aber keine Vergrösserung, keinen Tiefstand. Keine Kolikschmerzen. Urin ganz gleichmässig stark mit Blut gemischt. Häufiges, schmerzloses Harnlassen. Gutes Allgemeinbefinden, guter Appetit. Eine genauere Untersuchung des Urins ergab weder Anhaltepunkte für Tuberkulose, noch für Carcinom. Länger dauernde strenge Bettruhe, Milchdiät waren ohne Einfluss auf die Hämaturie, die sich nur während der Periode etwas verminderte, um dann in verstärktem Maasse wiederzukehren.

17. December: *Lumbale Freilegung der Niere*, Entblössung von der Kapsel, Vorziehen der Niere in die Wunde. Inspektion und Palpation der Niere ergab vollkommen normale Verhältnisse, was auch von Hartmann und Terrier bestätigt wurde. Deshalb wurde von einer explorativen Nephrotomie Abstand genommen. Drainage, Naht, *Heilung. Die erste Harnentleerung nach der Operation war noch blutig, seitdem keine Spur von Hämaturie und keine Druckempfindlichkeit der rechten Niere mehr*, wie Br. im Verlaufe der nächsten 3 Jahre mehrfach constatiren konnte.

Passet (415) theilt einen sehr interessanten Fall von *renaler Hämaturie* mit, der seiner Meinung nach der *renalen Hämophilie* beizuzählen ist, obwohl der Nachweis der Hämophilie im eigentlichen Sinne, als auch der Nachweis des anatomischen Substrates fehlt.

Die im mittleren Lebensalter stehende Frau litt während der stets normalen und regelmässigen Menstruation an Hämaturie. Der Charakter der Blutung war ein solcher, wie man ihn gewöhnlich nur bei starken Blasenblutungen anzutreffen pflegt, d. h. der zuletzt gelassene Urin erschien beim Auffangen in verschiedene Gläser bluthaltiger, ja fast reines Blut zu sein. Injektionen von Arg. nitric.-Lösung in die Blase. 1½jähr. Heilung, dann wiederum starke Hämaturie nach Aufregung. Blaseninjektionen u. s. w. ohne Erfolg. In der 6. Woche *Sectio alta. Die Blase war vollkommen normal, das Blut kam aus dem rechten Ureter.* Blasennaht. Vollständiges Aufhören der Hämaturie am Tage der Operation. 2 J. später nochmals vorübergehende Hämaturie. Seitdem waren wieder 11 Monate

ohne Blutung verstrichen. Keine Andeutung einer Nierenaffektion.

Pioqué und Rehlauh (416) berichten über 2 Fälle von *schwerer renaler Hämaturie*, für die sich anatomisch keine Ursache fand, und die wahrscheinlich der *renalen Hämophilie* zugerechnet werden müssen.

1) 64jähr. Frau. Plötzlich auftretende, anhaltende schwere Hämaturie. Die Kranke war stark anämisch. Linke Niere etwas vergrössert. Blase mit Blutgerinnseln vollgestopft. Deren Entfernung war nur durch die Sectio alta möglich. Blasenwand vollkommen normal. Aufhören der Blutungen. 14 Tage später linksseitige *explorative Nephrotomie*. Niere ganz gesund bis auf eine seröse Cyste am unteren Nierenpole. Entfernung derselben; *Heilung*.

2) 38jähr. Frau. Plötzliche schwere Hämaturie. Blase gesund; rechte Niere vergrössert und schmerzhaft. Die Hämaturie kam, wie die Cystoskopie ergab, von der rechten Niere. *Lumbale Freilegung der Niere*. Sie erwies sich als normal, war aber etwas zu beweglich. *Fixation der Niere*. Aufhören der Blutungen seit 18 Monaten.

Senator (417) giebt ein genaues Krankheitbild der ohne nachweisbare Erkrankung vorkommenden *Neuralgie der Niere*, bez. *des Ureters*. Diese Neuralgie kommt theils *deuteropathisch* im Gefolge anderer Krankheiten (Tabes, Hysterie), theils als ganz selbständiges *idiopathisches Leiden* vor. „Als *idiopathische* oder *primäre Nierenneuralgie* müssen alle jene Fälle von Nierenkolik angesehen werden, in welchen weder eine Nierenaffektion, noch irgend ein anderes Leiden, welches als Ursache des Schmerzes zu beschuldigen wäre, nachzuweisen ist.“ Die Fälle sind sehr selten und bisher namentlich bei Weibern beobachtet worden.

Therapeutisch hat in einzelnen Fällen die einfache *Freilegung der Niere*, in anderen die wegen vermntheter Conkremente ausgeführte *Nephrotomie* Heilung gebracht (Suggestionwirkung? Lösung feinster Verwachsungen?). In einigen Fällen brachte nur die *Nephrektomie* Heilung.

Duke (411) beobachtete eine 35jähr. Frau mit linksseitiger paroxysmaler *Nierenneuralgie*, *Nephrotomie*, Niere ohne Abnormitäten. Drainage, Naht. *Heilung*. Vollständiges Wegbleiben der Schmerzen. Die Frau wurde 11 Mon. nach der Operation nochmals untersucht.

Johnston (412) theilt folgende 2 Fälle von „*Nephralgie*“ mit.

1) 26jähr. Mann. Seit seinem 10. Lebensjahre zeitweise auftretende, sehr heftige rechtsseitige *Nierenkoliken*. Niere etwas vergrössert, fest und druckempfindlich. Urin vollkommen normal. Lumbale Freilegung der Niere; genaueste Abtastung und verschiedentliche Akupunktur ergaben *kein Conkrement*. *Incision* der etwas dicken und engen *Nierenkapsel* von einem Ende der Niere bis zum anderen. Drainage, Naht, *Heilung*. Allmähliches Nachlassen und vollkommenes *Verschwinden der Schmerzanfälle*.

2) 65jähr. Mann mit heftigen rechtsseitigen *Nierenkoliken*. Urin vollkommen normal. *Operation*, weiterer Verlauf wie im 1. Falle. *Heilung*; Verschwinden der Schmerzanfälle.

J. meint, dass manche Fälle von *Nephralgie* ihre Ursache in einer *zu dicken und engen Nierenkapsel* haben. In solchen Fällen kann eine breite *Incision der Nierenkapsel* dauernde Heilung herbeiführen.

Neve (414): 40jähr. Kr. mit seit 3 Jahren bestehenden heftigen *Nierenkoliken*. Rechte Niere etwas druckempfindlich. Der Urin zeigte Spuren von Eiter. *Freilegung der rechten Niere*, Incision und genaue Abtastung. Nichts Abnormes, namentlich *kein Conkrement* nachweisbar. Naht, Drainage. *Heilung*. *Keine Schmerzanfälle* mehr. (Wie lange beobachtet?)

Ob diese Beobachtung hierher gehört, ist fraglich.

XIV. Ureterenchirurgie.

418) Aumeut, F., Contribution à l'étude du traitement chirurgicale de l'anurie due au cancer de l'ntérus; nèphrotomie lombaire. Thèse de Paris 1895.

419) Bernays, Hysterektomie u. Nephrektomie. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XIX. 49. 1896.

420) Boari, A., Modo facile di trapiantare gli ureteri sull intestino. Policlinico 19. 1895.

421) Boari, A., Manière facile et rapide d'aboucher les uretères sur l'intestin sans sutures, à l'aide d'un bouton spécial. Recherches expérimentales. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. 1. 1896.

422) Bodeu, K., Ein Fall von Spontanheilung einer Blasenscheidenfistel nebst Zusammenstellung von 235 spontan geheilten Harn-Genital-Darmfisteln des Weibes. Inaug.-Diss. Leipzig 1895.

423) Bnmm, E., Ueber Harnleiterscheidenfisteln. Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte XXV. 4. 1895.

424) Colzi, F., Contributo alle studie delle anomalie di stocco degli ureteri e all'innesto degli ureteri in vescica. Sperimentale Mai 9. 1895. — Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 34. 1895.

425) Crickx, A., Contribution à l'étude des fistules urétéro-vaginales consécutives à l'hysterectomie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 952. 1896.

426) Cumston, Ch. G., Lumbar nephrectomy in anuria due to uterine cancer. Boston med. and surg. Journ. CXXXIV. 12. p. 286. March 1896.

427) Dührssen, A., Ueber eine neue Heilmethode der Harnleiterscheidenfisteln, nebst Bemerkungen über die Heilung der übrigen Harnleiterfisteln. *v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 114. 1894.

428) Emmet, B., Injured ureters in abdominal surgery; their cure, with report of a case of anastomosis and recovery. Amer. Journ. of obstetr. April 1895.

429) Euderleu, Ein Beitrag zur Ureterchirurgie. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIII. 3. p. 233. 1896.

430) Giordano, D., Ueber die Frage, ob man die Harnleitor in den Mastdarm einpflanzen könne. Clin. chir. 2. 1894. — Centr.-Bl. f. Chir. XXI. 52. 1894.

431) Jayle et Labbé, Néphrotomie pour anurie due au cancer de l'utérus. Ann. de Gyn. et d'Obstétr. XLIV. p. 190. Sept. 1895.

432) Kelly, Ureterotomie. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. Dec. 1894.

433) Kelly, H., Uretero-cystostomy performed seven weeks after vaginal hysterectomy. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VI. 47. 1895.

434) Krause, F., Intraperitonäale Einpflanzung des Ureters in die Harnblase. Centr.-Bl. f. Chir. XXII. 9. 1895.

435) Kryński, L., Zur Technik d. Ureterenimplantation in den Mastdarm. Centr.-Bl. f. Chir. XXXIII. 4. 1896.

436) Mackenrodt, A., Die operative Heilung der Harnleiterfistel. Ein geheilter Fall von Harnleitor-Gebärmutterfistel. Wien. med. Wchnschr. XLV. 14. 15. 1895. — Berl. klin. Wchnschr. XXXI. 51. 1894.

437) Mackenrodt, Ureterenscheidenfistel. Deutsche med. Wchnschr. XXI. 21. 1895.

438) Margarncoi, O., Ricerche sulla circolazione propria dell'uretere. Policlinico Luglio 15. 1894.

439) Monari, U., Ueber Ureter-Anastomosen. Experimentelle Untersuchungen. Beitr. z. klin. Chir. XV. 3. p. 729. 1896.

440) Morris, H., A case of congenital dilatation of both ureters; right ureterotomy and left nephrotomy in a new-born child; remarks. Lancet June 8. 1895.

441) Neumann, Studien über die Funktion beider Nieren bei Bestehen einer Ureter-Bauchwandfistel. Arch. f. Gynäkol. XLVII. p. 467. 1894.

442) Novaro, G. F., Transperitonäale Implantation des Ureters in die Harnblase zur Behandlung der Harnleiterscheidenfistel. Wien. med. Wchnschr. XLIV. 13. 1894.

443) Pérou, A., Cancer latent du col de l'utérus. Envahissement des deux uretères. Atrophie rénale consécutive. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 753. 1895.

444) Poirier, Scheiden-Ureterfisteln. Gaz. de Par. 15—17. 1895.

445) Pezzi, Observation de greffe de l'uretère dans la vessie (urétéro-néo-cystostomie) etc. Ann. des mal. des org. gén.-urin. 5. 1895.

446) Rouffart, E., Abouchement de l'uretère dans la vessie. Bull. de l'Acad. de Méd. de Belg. 11. 1894.

447) Routier, Fistula urétéro-vaginale, urétérocystonéostomie. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIV. p. 834. 1896.

448) Suyers, Un cas d'urétérite suivi d'abcès dans l'espace prévésical de Retzius. Ann. des mal. des. org. gén.-urin. XIII. p. 545. 1895.

449) Sutton, J. B., A contribution to the surgery of the ureter. Lancet May 9. 1896.

450) Tuffier, Etude sur les fistules urétéro-vaginales avec quatre observations personelles. Ann. des mal. des org. gén.-urin. XIII. p. 1011. 1895.

451) Vignoni, E., Del trapiamento degli ureteri nell'intestino. Gazz. med. di Torino 2. 1893. — Centr.-Bl. f. Chir. XXXIII. 4. 1896.

452) Wertheim, Demonstration von Fällen geheilter Harnfisteln. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 50. 1896.

453) Westermark, F., Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XIX. 7. 1895.

454) Witzel, O., Extraperitonäale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung. Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 11. 1896.

Die grossen Fortschritte, die in diagnostischer und operativer Hinsicht in der *Ureterenchirurgie* gemacht worden sind, erhellen schon aus dem oben erwähnten Buche von Glantenay. Aber auch die folgenden, zum Theil noch neueren Arbeiten beweisen, dass auch hier noch kein Stillstand eingetreten ist. *Die operative Behandlung der Harnleiterverletzungen und -Fisteln ist schon so weit gediehen, dass ihretwegen nur noch in Ausnahmefällen eine gesunde Niere geopfert zu werden braucht.*

Margarucci (438) hat Untersuchungen über die *Blutversorgung der Ureteren* angestellt und gefunden, dass diese nicht von den umgebenden Geweben ihre Ernährung bekommen, sondern dass aus dem Gebiete der Art. renalis zwei Gefässe am Ureter in dessen Wand fast bis zur Blase herabziehen. Der allerunterste Theil des Ureters erhält seine Blutzufuhr aus einem Aste, der zum Gebiete der Art. hypogastrica gehört.

Schwarz (40) hat beinahe 100 Fälle von *angeborenen Anomalien des Harnleiters* zusammengestellt. Er unterscheidet folgende Hauptgruppen: 1) doppelte Harnleiter mit normaler Mündung; 2) abnorm mündende Harnleiter: a) offene Ausmündung in den Urogenitalapparat, b) blinde Endigung (meist in der Blase), c) Mündung in den Mastdarm oder die Kloake. Die *Diagnose* der abnormen Harnleiterausmündung konnte bisher nur bei Weibern gestellt werden, ebenso wie bisher *therapeutisch* auch nur hier eingegriffen worden ist. Die Behandlung besteht in der auf verschiedene Weise möglichen Einleitung des abnorm mündenden Ureters in die Blase an annähernd normaler Stelle und Ausschaltung des Harnleiterendstückes (vgl. auch Wölfler [47]).

Burkhard (18) berichtet über einen Fall von *Dilatation der Ureteren mit cystöser Vorwölbung ihrer Eintrittsstelle in die Harnblase.* Aehnliche Fälle sind von Bostroem, Weigert, Neelsen u. A. beschrieben worden. Dass es sich in diesen Fällen um eine *Missbildung*, also auch um eine fehlerhafte Entwickelung der Ureteren handelt, geht aus dem gleichzeitigen Vorhandensein anderer Missbildungen hervor. In B.'s Falle fanden sich abnorm enge Oeffnungen der Ureteren.

Morris (440) beobachtete bei einem *neugeborenen Knaben* eine ausserordentlich starke *Dilatation* und Schlängelung der *beiden Ureteren;* Nieren normal; Urachus vergrössert und offen. Blase stark hypertrophirt; Penis stark in die Länge gezogen und verdreht. Starke Auftreibung des Leibes; Anurie. Probatorische Laparotomie, dann beiderseitige lumbale Incision: rechts *Ureterotomie*, links *Nephrotomie.* Abfluss von Urin. *Tod* erst 94 Tage nach der Operation. M. glaubt, dass die Ursache der Ureterendilatation u. s. w. in der eigenthümlichen Verkrümmung und Drehung des Penis zu suchen sei (The penis was enlarged, elongated bent and twisted upon itself, and of a size more in accordance with that of a boy aged ten or more).

Enderlen (429) legte bei einer 25jähr. Kr. mit *linksseitiger intermittirender Hydronephrose* die Niere transperitonäal frei, eröffnete nach vorausgegangener Punktion die Hydronephrose am unteren Pole mittels Sektionschnittes bis zum Uebergang in den Ureter, der für eine feine Sonde passirbar war. Der Ureter wurde in seinem Anfangstheile längs gespalten und ohne Trennung vom Nierenbecken dann am tiefst gelegenen Punkte des letzteren *implantirt.* Naht der Niere u. s. w. Der Urin ging nur durch die Wunde ab, die Blase war stets leer. *Tod* an urämischer Enteritis. Die *Sektion* ergab *auch eine rechtsseitige Hydronephrose* mit Obliteration des Ureters. Vereiterung der linksseitigen operirten Hydronephrose. Das technische Resultat der Implantation war zufriedenstellend; der Ureter erwies sich als durchgängig. Wenn trotzdem kein Urin ihn passirte, sondern Alles direkt nach aussen abfloss, so ist das darauf zurückzuführen, dass in Folge der horizontalen Lage der Pat. die Nierenwunde unter das Niveau des Harnleiteranfanges kam. Weitere Versuche mit der *Harnleitereinpflanzung* sind jedenfalls angebracht.

Zur Ermöglichung des Fortlebens der durch *Anurie bedrohten, an unheilbarem, Compression beider Ureteren bedingendem Gebärmutterkrebs* leidenden Frauen empfiehlt Aumont (418) als Palliativoperation die *Nephrotomie.* In 3 von A. mitgetheilten Fällen war die Lebensdauer erheblich länger als die der Kranken Le Dentu's, der in solchen Fällen die Implantation des Harnleiters in die Bauchdecken empfiehlt.

Jayle und Labbé (431) haben bei 2 Kranken mit inoperablem *Uteruscarcinom*, bei denen es zu plötzlicher *Anurie* kam, auf einer Seite eine *lum-*

bale Nephrotomie vorgenommen und dadurch das Leben der Kranken um 106, bez. um 19 Tage verlängert. Die Nephrotomie soll auf der Seite der grössten Nierenschwellung ausgeführt werden. Sind beide Nieren gleichmässig vergrössert, so nephrotomirt man auf der rechten Seite, weil „die rechte Niere leichter zu finden ist“.

Picqué (349) operirte eine Frau mit *Uteruscarcinom*, die *13 Tage lang Anurie* hatte. Linke Niere vergrössert. *Linksseitige Nephrotomie.* Jodoformgazetamponade. Reichlicher Urinabgang durch die Wunde. Verschwinden aller urämischen Erscheinungen. Die Anurie war wahrscheinlich eine Folge der Compression des linken Ureters und reflektorischer Störungen der rechten Niere. (Ueber die Wiederfunktionirung der rechten Niere nach der Operation schweigt sich P. aus.)

Bernays (419) beobachtete nach einer sehr schwierigen Hysterektomie Nekrose des unteren, 20 cm langen Abschnittes des rechten Ureters. *Harnleiter-Bauchdeckenfistel. Nephrektomie. Heilung*, obgleich beide Nieren eiweisshaltigen Harn absonderten und die exstirpirte rechte Niere Granularatrophie zeigte.

Lauwers (242): *Verletzung des Harnleiters* bei einer Ovariotomie. *Nephrektomie.* 1/2 Jahr nach der Operation *Tod.*

Neumann (441) berichtet über eine Kr., der der bei der Ovariotomie *durchschnittene linke Harnleiter* in die Bauchwand eingenäht wurde. Die gesonderte Untersuchung des aus der Fistel und des aus der Blase entleerten Urins ergab, dass der Fistelharn specifisch leichter war und alkalisch reagirte. *Nephrektomie. Heilung.*

Boden (422), der 235 spontan geheilte Harn-, Genital-, Darmfistele des Weibes zusammengestellt hat, berichtet auch über *3 Spontanheilungen bei Harnleiter-Koth-*, bez. *-Gebärmutterfistel.* Die Fälle sind älteren Datums und stammen von Sigl, Hahn und Winckel.

Um *bei schweren Hysterektomien* u. Aehnl. *die Ureteren möglichst zu schonen,* hatte Kelly empfohlen, Bougies in die Ureteren einzuführen und während der Operation liegen zu lassen. Dies ist zuweilen wegen der Dauer der Operation nicht thunlich. In solchen Fällen hat Kelly (432), sowie sich eine Schwellung des Harnleiters oberhalb der verdächtigen Stelle erkennen liess, diesen 1/2 cm lang längsincidirt und durch diesen Schlitz einen Ureterenkatheter eingeführt. Ist der Ureter in eine Massenligatur mitgefasst worden, so wird der Katheter den Ureter nicht frei passiren können. Die Ureterenincision wird durch eine Matratzennaht leicht geschlossen; der grösseren Sicherheit halber wird an die betroffene Stelle eine Gazedrainage gelegt.

Emmet (428) hat in einem Falle von *Verletzung des Ureters* bei der Entfernung einer umfangreichen Unterleibsgeschwulst *den oberen Theil des Ureters sicher in den unteren eingenäht* und das Peritonaeum über dem vernähten Harnleiter wieder vereinigt. Glatte *Heilung.*

Mackenrodt (437) operirte eine Kr., die in Folge einer schweren Zangenentbindung mit Ruptur des Uterus eine *Ureterenscheidenfistel* erlitten hatte. Der Ureter wurde seitlich eingeheilt im perinterinee Narbengewebe. Erst durch 3 mühsame Operationen gelang die *Transplantation des Ureters* und die *Heilung der Fistel.*

Tuffier (450) theilt 4 Fälle von *Harnleiter-Scheidenfistel* mit:

1) 36jähr. Frau. Vaginale Hysterektomie wegen Uteruskrebs. Rechtsseitige *Harnleiter-Scheidenfistel. Einpflanzung des Ureters in die Blase. Heilung.*

2) 40jähr. Frau mit rechtsseitiger *Ureter-Vaginalfistel* nach Hysterektomie. *Spontane Heilung nach 9 Monaten.*

3) 32jähr. Frau mit *Harnleiter-Scheidenfistel.* Einfache *vaginale Kauterisation. Heilung.*

4) 47jähr. Frau mit *Harnleiter-Scheiden-* und Blasen-Scheidenfistel nach einer Hysterektomie. *Einpflanzung des Ureters in die Blase auf vaginalem Wege. Heilung.*

Die *operativen Ureterenverletzungen* können in einer *vollständigen Durchtrennung* oder in einem *Anschneiden* bestehen; in letzteren Fällen kann spontan oder schon nach einer einfachen Aetzung Heilung eintreten.

Bemerkt man die *Durchschneidung eines Ureters* noch während der Operation, so ist er sofort durch *seitliches Aneinanderlagern* wieder zu vereinigen. Bei der *fertigen Fistel* ist die Operation der Wahl das *Einnähen des Ureters in die Blase auf vaginalem Wege.* Ist dies nicht möglich, so näht man ihn nach der Laparotomie ein; gelingt es nicht, ihn in die Blase einzupflanzen, so vernäht man ihn mit dem Darm oder der Bauchwand. Die *Nephrektomie darf nur im äussersten Falle in Frage kommen.*

Die beiden Kr., bei denen Bazy die *Uretero-Pyelo-Neostomie* machte, sind seit 3 Jahren vollkommen geheilt (Jahrbb. CCXLIV. p. 276).

In einer neueren Mittheilung berichtet Bazy (227) über einen 40jähr. Kr. mit *intermittirender Hydronephrose*, bei dem sich das Operationverfahren: *„urétéro-pyélo-néostomie ou nouvel abouchement de l'uretère dans le bassinet“* ebenfalls ausgezeichnet bewährt hat. Die Symptome der intermittirenden Hydronephrose sind nicht wiedergekehrt; der neu eingepflanzte Ureter funktionirt vorzüglich.

Bumm (423) giebt einen Ueberblick über die bisherigen Heilungsergebnisse der *Harnleiterscheidenfisteln.* Von 68 Kr. wurde noch nicht die Hälfte (26) geheilt, 22 blieben ungeheilt, bei 20 ist die Heilung nur durch Verstümmelung (7mal Kolpokleisis, 13mal Nephrektomie) erkauft worden.

Von den neueren Behandlungsmethoden der *Harnleiterscheidenfisteln* bietet die *direkte Einpflanzung des Harnleiters in die Blase,* entweder von der Scheide oder von der Bauchhöhle aus, die günstigsten Aussichten.

B. selbst hat bei einer 30jähr. Frau mit rechtsseitiger *Harnleiter-Scheidenfistel Heilung* nach der Methode von Duclont-Landau-Schede erzielt.

Colzi (424): Bei einem jungen Mädchen, das an beständigem Harnträufeln litt, *mündete der linke Harnleiter in der Vulva*, am Ende eines in der Scheidenwand gelegenen kurzen Blindsäckchens (erhaltenes Ende eines Wolff'schen Ganges). Extraperitonäale Freilegung der linken Blasenseite und des linken Harnleiters. Elliptische *Einnähung des* centralen Endes des durchschnittenen *Harnleiters in die Blase. Heilung* mit vorzüglichem Resultate.

In einem Falle von *Ureterscheidenfistel*, die durch Verletzung des linken Harnleiters bei einer intraperitonäalen Vaginofixation entstanden war, operirte Dührssen (427) in der Weise, dass er, unter vorhergehender Einführung eines elastischen Katheters in den Ureter von der Fistel aus das untere Harnleiterende sammt der anliegenden Blasenpartie spaltete und darauf die Schleimhautränder der Blase und des erweiterten Uretertrichters genau vernähte. Zur Nachbehandlung wurde das untere Katheterende durch Blase und Urethra nach aussen

geleitet, nachdem das durch die Blase laufende Stück gefenstert worden war, um auch dem Urin der rechten Niere Abfluss zu verschaffen. *Heilung.*

Kelly (433) hat bei einer Kranken, die nach einer 7 Wochen vorher ausgeführten, sehr schweren, vaginalen Hysterektomie eine *rechtsseitige Uretero-Vaginalfistel* davengetragen hatte, den resecirten *Ureter in die Blase eingepflanzt.* Reaktionlose *Heilung* mit ausgezeichneter Funktion. Eine später ausgeführte cystoskopische Untersuchung ergab die Ureterenöffnung in der hinteren Blasenhemisphäre. Die Urinabsonderung war auch durch diesen neugebildeten Weg eine ganz normale.

Krause (434) entfernte bei einer 39jähr. Frau den carcinomatösen Uterus auf vaginalem Wege. 3 cm lange Freipräparirung des linken Ureter. Er wurde extraperitonäal gelagert und mit Jodoformmull umhüllt. Trotzdem umschriebene Nekrose: *Ureterscheidenfistel. Intraperitonäale Einpflanzung des Ureters in die Harnblase.* Obwohl die untersten 4—5 cm des Ureters ausgeschaltet werden mussten, liess er sich doch leicht, ohne die geringste Spannung, in den oberen Seitentheil der Blase einfügen.

Mackenrodt (436) hat bereits früher in 2 Fällen von *Ureterscheidenfisteln* durch eine einfache plastische Operation die Fistelöffnung in die Blase implantirt und so den Urinstrom dem natürlichen Reservoir wieder zugeführt. Die Heilung war beide Male in der kurzen Zeit von 2 Wochen vollendet; die erzielten Resultate waren andauernd gut.

M. hat dann ferner bei einer 41jähr. Frau eine im 10. Puerporium entstandene *Ureter-Gebärmutterfistel* nach Entfernung des durch einen grossen Riss lacerirten Uterus in eine *Ureter-Scheidenfistel* verwandelt und diese dann, wie in den beiden anderen Fällen, zur Heilung gebracht.

„Es ist das der erste bekannt gegebene Fall von Ureter-Gebärmutterfistel und zugleich der dritte Fall von Ureterscheidenfistel, welcher durch eine lokale Behandlung der Fistel geheilt ist. Alle 3 Fälle sind in der kurzen Zeit von ca. 2 Wochen definitiv geheilt; spätere Störungen haben sich nicht eingestellt. Hierdurch ist der Beweis geliefert, dass die Ureterscheidenfistel auf plastischem Wege durch eine lokale Behandlung heilbar ist. Es darf daher in Zukunft nicht mehr zur Beseitigung des Harnträufelns die zugehörige Niere exstirpirt werden, um so mehr, als die Schwierigkeiten der plastischen Operation von geschulten Operateuren ohne Weiteres überwunden werden können.

Aber auch die Ureter-Gebärmutterfistel ist ohne Exstirpation der Niere heilbar. Die Fistelöffnung ist immer in der Gegend des inneren Muttermundes zu finden, durch frische oder vernarbte Cervixrisse complicirt, welche zugleich ein Wegweiser beim Aufsuchen sind. Die gefundene Fistel ist durch die Einführung einer Sonde kenntlich zu machen, der zugehörige Ureter ist zu sondiren und dicht am Uterus abzuschneiden, dann seitlich und vorn von dem Collum in die nicht narbig veränderte Scheide lippenförmig einzunähen, so dass aus der Ureter-Gebärmutterfistel eine Ureterscheidenfistel gemacht wird, welche dann später in typischer Weise geschlossen wird. Stellen sich diesem Wege unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen wegen ausgedehnter Narbenbildung in der Umgebung der Fistelöffnung oder weil die Fistel überhaupt nicht aufgefunden werden kann, so bietet die Exstirpation des Uterus ein bequemes Mittel, den Ureter zu finden und in ein nachgiebiges Scheidengewölbe einzunähen und so eine Ureterscheidenfistel herzustellen. Das Peritonaeum ist dabei fest durch die Naht zu verschliessen. Der Verlust des Uterus bedeutet für die Kranke einen geringeren Schaden als der, der mit dem Verluste einer gesunden Niere verbunden ist."

Monari (439) hat durch Untersuchungen an Hunden die Angaben Margarnooi's über die *Gefässversorgung der Ureteren* bestätigt gefunden. Er hat dann festgestellt, dass man den Harnleiter nicht blos vom Bauchfell, sondern auf eine Länge von 12—13 cm auch vom periureteralen Bindegewebe isoliren kann, ohne dass Nekrose eintritt, „vorausgesetzt, dass man ihn nicht nur sorgfältig mit den Geweben, auf welchen er normal ruht, wieder in Berührung bringt, sondern ihn auch mit einem Zipfel vom Bauchfelle bedeckt". Versuche, den Harnleiter von den umliegenden Geweben mit sterilisirter Gaze isolirt zu halten, schlugen fehl, es trat Nekrose ein.

Für die *Einpflanzung des Harnleiters in die Blase, bez. das Nierenbecken* empfiehlt M. eine Modifikation der von Novaro, bez. Küster benutzten Methode, die in der Hauptsache darauf beruht, dass man einen $1^1/_2$ cm breiten Bauchfellstreifen am Harnleiter sitzen lässt und damit nachher die Vereinigungsstelle übernäht. Die Vereinigung des quergetrennten Harnleiters bewerkstelligt M. nach Art der lateralen Enteroanastomose mit Verschluss der Stumpfenden. Das Verfahren ist unabhängig von der verschiedenen Lichtung der beiden Stümpfe und schützt vor nachträglicher Verengerung; es ist aber nicht anwendbar, wenn ein grösseres Stück des Harnleiters ausgefallen ist, da es an sich schon eine Verkürzung um mindestens 2 cm bedingt. Bei Defekten bis zu 6 cm Länge konnte M. durch eine seinem Verfahren der Einpflanzung des Harnleiters in die Blase nachgebildete Methode, primäre Vereinigung der Stümpfe erzielen. Bei noch grösseren Defekten (bis 9 cm) befestigte M. die Stümpfe zunächst unter starkem Zug an die Haut und vereinigte sie nach einem Monate durch Sekundärnaht. Bei tiefer Durchtrennung des Harnleiters schliesst M. den peripherischen Stumpf und verbindet den centralen, nachdem er durch einen Schlitz im Mesosigma durchgesteckt ist, mit dem Harnleiter der anderen Seite. Bei dem einen so behandelten Hunde entwickelte sich übrigens eine Erweiterung des oberen Harnleiterabschnittes und des Nierenbeckens in Folge von Compression des Harnleiters an der Durchtrittstelle durch das Mesosigma.

M. hebt noch ganz besonders hervor, dass die

weitere Ausbildung der Ureterenchirurgie in vielen Fällen die Nephrektomie einschränken werde.

Novaro (442) hat bei 2 Kranken, bei denen im Anschlusse an eine wegen Gebärmutterkrebs ausgeführte totale vaginale Hysterektomie eine *rechtsseitige Harnleiterscheidenfistel* entstanden war, mit Erfolg den *Harnleiter intraperitonäal in die Harnblase eingepflanzt.* Die Technik ist im Originale nachzulesen.

Pezzi (445): Im Verlaufe einer sehr schwierigen Laparotomie (Cyste des Lig. latum) bei einer 30jähr. Frau wurde aus Versehen der linke Harnleiter nahe seiner Blasenmündung durchschnitten. Das untere Ende konnte nicht aufgefunden werden; es musste aber undurchgängig sein, da in die Blase injiirte Flüssigkeit nicht ihren Weg in die Bauchhöhle fand. Im direkten Anschlusse an die Cysteneperation machte P. die „*Ureteroneocystostomie*". Das in das Blaseninnere eingepflanzte obere Harnleiterende wurde durch mehrere Nahtreihen sorgfältig fixirt. Tamponade der Blasennahtstelle; theilweiser Verschluss der Bauchwunde; Verweilkatheter. Vollkommen reaktionslose *Heilung*. Die Naht hielt fest und liess keinen Tropfen Urin austreten.

Fast 1 Jahr später wurde die Kr. wegen einer nach der 1. Operation entstandenen Bauchhernie nochmals operirt; man konnte sich hierbei davon überzeugen, dass der linke Harnleiter fest in die Blase eingeheilt, aber etwas dilatirt war.

Auch Ronffart (446) empfiehlt die *Einpflanzung des verletzten Harnleiters in die Blase*, und zwar sowohl auf intraperitonäalem, als auf extraperitonäalem Wege. R. hat eine Zange construirt, die durch die Harnröhre in die Blase und von da durch die Schnittwunde der Blase dem Harnleiter entgegengeführt wird. Mit der Zange kann man den Harnleiter bequem fassen, in die Blase hineinziehen und cirkulär vernähen. Die beiden Zangenarme sind um einen Harnleiterkatheter gelagert, der während der Naht in die Lichtung des Harnleiters gesteckt wird und diesen gut ausgedehnt hält.

Routier (447) hat bei einer 21jähr. Kr. mit *Harnleiter-Scheidenfistel mit Erfolg die Uretero-Cystoneostomie* auf abdeminalem Wege ausgeführt. Die Fistel war in Folge einer schweren Zangengeburt entstanden; die Operation war insofern sehr schwierig, als die Kr. Uterus und Lgg. lata hatte und der Ureter weder dilatirt, noch hypertrophirt war.

Im Gegensatze zu Krause, Veit u. A. empfiehlt Witzel (454) bei der Trennung des Zusammenhanges zwischen Harnleiter und Blase den *Harnleiter* nicht intraperitonäal, sondern *extra-, bez. retroperitonäal in die Blase einzupflanzen.* Diese Einpflanzung wird unter Bildung eines Schrägkanals vorgenommen, analog dem Verfahren, wie es W. zur Anlegung der Magenfistel angegeben hat. Von einem medianen Bauchschnitte oder auch von einem seitlichen Schnitte aus, wie er zur Unterbindung der Iliaca gebräuchlich ist, wird der verletzte Harnleiter, dicht oberhalb der in die Fistel mündenden Stelle, doppelt unterbunden und durchschnitten. Der untere Stumpf wird übernäht und dann versenkt. Das obere Ende wird unterhalb des zurückgestreiften Bauchfelles seitlich oberhalb der Linea innominata über die Darmbeinhöhlung geführt und herabgezogen. Ebendahin wird die dehnbare Blase extraperitonäal seitlich hingezogen.

Bei einer 20jähr. Kr. hat W. diese *extraperitonäale Ureterocystostomie mit Schrägkanalbildung* mit bestem Erfolge zur Ausführung gebracht.

Wertheim (452) berichtet über eine schwere *Harnleiter-Scheidenfistel*, die er mit Erfolg nach der Methode von Dührssen operirte.

Westermark (453) hat bei einer 42jähr. Kr., bei der er den carcinematösen Uterus sacral entfernte, ein Stück Blase nebst der betr. Ureteraneinmündungsstelle mit entfernen müssen. Naht des Blasendefektes mit *Einnähung des centralen Ureterenstumpfes in die Blase.* Gewöhnliche Naht mit feinem sterilen Catgut. Vollkommene *Heilung*.

Boari (420. 421) giebt zunächst einen kurzen historischen Ueberblick über die experimentellen und klinischen Versuche, die *Harnleiter in den Dickdarm, bez. in den Mastdarm einzupflanzen.* Wenn auch die bisher mit diesem Verfahren beim Menschen erzielten Erfolge noch viel zu wünschen übrig lassen, so ist doch durch eine Reihe günstig verlaufener Fälle der Beweis erbracht, dass eine solche Harnleitereinpflanzung von dauerndem Nutzen sein kann, und dass es nicht zu einer ascendirenden Infektion vom Darme aus zu kommen braucht. Das entschieden rationellere Verfahren, die Harnleiter in die Blase neu einzupflanzen, lässt sich nicht in allen Fällen ausführen, namentlich dann nicht, wenn der Harnleiter zu kurz ist, oder ausgedehntere Erkrankungen der Blasenschleimhaut vorliegen. Die Einpflanzung der Harnleiter in die Bauchwand oder in die Harnröhre muss für ganz besonders complicirte Fälle aufgespart bleiben; die erstere Methode ist für den Operirten ausserordentlich lästig und giebt leicht zu Infektionen Veranlassung.

Die operative Technik der Harnleitereinpflanzung in den Dickdarm leidet bisher namentlich an dem Uebelstande, dass durch die Einnähung der engen Harnleiterlichtung in den Darm leicht eine Striktur an der Einpflanzungstelle entsteht, die zur Hydronephrose führen und jeden Nutzen der Operation vereiteln kann. Um diese schwerwiegenden Nachtheile mit Sicherheit zu vermeiden, hat B. einen *Knopf* construirt, mittels dessen Harnleiter und Darm leicht und ohne Zuhülfenahme von Nähten vereinigt werden können. Nach vollendeter Einheilung des Harnleiters in die Darmlichtung wird der Knopf durch den After ausgestossen. Die bisher bei Thieren erzielten Erfolge sprechen sehr zu Gunsten dieses Harnleiter-Darmknopfes. Beim Menschen hat der Knopf bisher 2mal Verwendung gefunden; die eine Kranke starb 4 Wochen nach der Operation an ausgedehnter Tuberkulose; bei der anderen Pat. funktionirte die neue Harnleiter-Darmverbindung seit 6 Monaten tadellos.

Giordano (430) kommt auf Grund seiner an Hunden gemachten Versuche über die *Einpflanzung der Harnleiter in den Mastdarm* zu folgenden Ergebnissen: Harnleiter, die in die Haut eingepflanzt,

frei nach unten münden, sind immer der Infektion ausgesetzt; die Versuchsthiere gingen fast immer an Niereninfektion zu Grunde. Harnleitereinpflanzungen in das Colon ascendens und descendens sind fast immer missglückt, sind dagegen möglich im übrigen Dickdarm und im Mastdarm, im Dickdarm unter Benutzung des Lendenschnittes, im Mastdarm mittels der hypogastrischen oder sacralen Methode, wodurch die Einpflanzungsstelle selbst extraperitonäal zu liegen kommt. G. hält diese Methoden in jenen Fällen für angezeigt, in denen wegen Carcinom die Blase in toto entfernt werden muss.

Der wichtigste Vorwurf gegen die *Implantation der Ureteren in den Mastdarm* besteht in der Gefahr der Niereninfektion von dem Darminhalte aus. Diese Gefahr ist wirklich sehr bedeutend. Um die Möglichkeit der Infektion zu beschränken, muss das Verfahren auf eine Weise ausgeführt werden, die das Eindringen des Darminhaltes in die implantirten Harnleiter möglichst erschweren würde. Das beste Beispiel in dieser Hinsicht giebt uns die Art der Ureterenendigung in der Blase, wo Dank ihrem schiefen Verlauf in den Blasenwandungen das Ureterenlumen unter dem Drucke des sich sammelnden Harnes gänzlich verengert wird, und dadurch die Möglichkeit des Eindringens des Harnes aus der Blase in die Harnleiter ausgeschlossen ist. Mit Rücksicht darauf betrachtet Kryński (435) als das beste Verfahren die Implantation des Harnleiters in das Rectum sammt einem Theile der Blasenwand, wie es Maydl bei der *Ectopia vesicae* empfiehlt. Diese Methode (Excision eines elliptischen Stückes der Blasenwand sammt Oeffnungen der beiden Ureteren und das Einnähen der excidirten Ellipse in die Mastdarmwand) hat K. in einem Falle von *Ectopia vesicae* bei einem 23jähr. Manne mit sehr günstigem Resultate angewendet. Seit der Operation sind schon 8 Monate verflossen: der Pat. befindet sich wohl und es sind keine Symptome einer Nierenaffektion nachweisbar.

In den Fällen, in denen nur die abgeschnittenen Enden des Ureters allein implantirt werden müssen, hat K. bei Hunden ein Verfahren erprobt, durch das er die normale Implantation der Ureteren in die Blase auch bei der künstlichen Implantation in den Mastdarm nachzuahmen bestrebt war. Näheres in der mit Abbildnngen versehenen Originalarbeit.

Nach Vignoni (451) ist die *Einpflanzung eines oder beider Harnleiter in den Mastdarm* angezeigt: 1) nach Resektion des Blasengrundes wegen Krebs oder Tuberkulose, sofern die Harnleitermündung fortgenommen wurde; 2) bei Harnleiterfisteln, Harnleiterriss, wenn eine Plastik, bei Harnleiterstenose, wenn der Katheterismus nicht gelingt; 3) bei Ectopia vesicae; 4) bei sehr hochgelegenen Harnleiterscheidenfisteln, wenn die Einpflanzung in die Blase nicht möglich ist.

Gestützt auf Thierversuche räth V., den Mastdarm V-förmig einzuschneiden und 2 seitliche Falten über dem sorgfältigst eingepflanzten Harnleiter zusammenzunähen.

C. Bücheranzeigen.

27. **Lehrbuch der pathologischen Histologie** *für Studirende und Aerzte;* von Prof. Dr. H. Ribbert in Zürich. Bonn 1896. Fr. Cohen. Gr. 8. 437 S. mit 386 Abbild. im Text u. 6 Tafeln in Farbendruck. (12 Mk.)

In kurzen knappen Zügen führt der durch sein der didaktischen Thätigkeit besonders gewidmetes Interesse bekannte Verfasser dem Leser die Grundzüge des derzeitigen pathologisch-histologischen Lehrgebäudes vor Augen. Das Buch ist hauptsächlich für den Anfänger bestimmt, soll aber andererseits auch für die Bedürfnisse des Praktikers, der die Basis der klinischen Vorgänge wieder einmal überschauen möchte oder sich für diagnostisch wichtige Präparate Rath wünscht, ausreichen. Beide, der Student, wie der Praktiker, haben ja leider heutzutage wenig Zeit mehr für naturwissenschaftliche Probleme; berechtigt ist R.'s Ansicht, dass „der Studirende sich im Allgemeinen lieber nur eine bestimmte Ansicht vortragen lässt“ und bei der derzeitigen Studienordnung ist das ja auch ganz verständlich. Ein gewisser amerikanischer Geist verlangt kurzes Aneinanderreihen des sogen. thatsächlichen Materials. Diesem Erfordernisse ist R.'s Buch angepasst; es ist ein Cursus durch das gesammte Gebiet der allgemeinen und speciellen pathologischen Histologie, der Methode unserer Universitätscurse entsprechend angeordnet. Besonders zahlreiche einfache, aber instruktive Abbildungen dienen an Stelle der natürlichen Demonstrationobjekte. Sie sind sämmtlich nach eigenen Präparaten von R. persönlich gezeichnet und so dient denn auch die Illustration derselben individuellen Eigenart, die auch dem Texte trotz seiner Kürze sein charakteristisches Gepräge, eine gewisse Frische und Ursprünglichkeit giebt. Alles, was gesagt wird, ist das Resultat eigener Beobachtungen, nicht, wie es in unserer Literatur oft genug unerfreulich berührt, eine Summe von Compilationen. Bei Gegenständen,

denen R. ein specielleres Studium gewidmet hat, verweilt denn auch der Text in etwas breiterer Ausführung. Dementsprechend enthält das Buch neben den allbekannten Grundlagen auch manches Neue; vor Allem vertritt es natürlich in der Frage der Geschwulsttheorie ganz ausschliesslich R.'s eigenthümlichen Standpunkt.

Es ist hier nicht der Ort, auf diesen Standpunkt, den wir bereits mehrfach in den Jahrbüchern besprochen haben, genauer einzugehen. Ref. möchte nur hervorheben, dass die neue Darstellung ihm nicht widerspruchsfreier erscheint als die frühere. Wie erklären sich nach der R.'schen Absprengungtheorie Gruppen von Tumoren, wie sie R. z. B. unter der Bezeichnung „fibroepitheliale" zusammenfasst; wie die von ihm selbst anerkannte Thatsache des Uebergangs von gutartigen zu bösartigen Geschwülsten; wie der Gegensatz zwischen einem traumatischen Epidermoid und einem Carcinom? Weshalb wachsen verschleppte Placentazellen oder Leberzellen in den Lungencapillaren nicht zu Carcinomen aus, während verschleppte Krebszellen es thun? Sind doch beide Zellenarten nach R.'s Anschauung den Geschwulstzellen physiologisch gleichwerthig! Erscheint etwa ein Lymphosarkom erklärlich durch Absprengung physiologischer Keime von Lymphocyten? So erhebt sich wohl manche Frage gegen R.'s Theorie und allen derartigen Zweifeln geht R. in seiner Darstellung ganz aus dem Wege. Sollte hier nicht das Princip, dem Studenten lieber nur eine Ansicht vorzutragen, zu weit durchgeführt sein? Wir gestehen, dass wir in diesen Punkten ein Eingehen auf die überall sich erhebenden Schwierigkeiten oder auch nur wenigstens eine das Vorhandensein solcher Schwierigkeiten anerkennende Aeusserung recht vermisst haben. Bei mündlichem Unterrichte lassen sich ja solche Fragen leicht breiter behandeln und über manchen Zweifel kann durch ein Wort Klarheit geschaffen werden. Aber auch in einem Buche, das den Unterricht wenigstens zum Theil ersetzen soll, durch dessen Gedanken Tausende von Lesern und namentlich von Anfängern *bestimmt* werden, würde ein solches wenn auch nur kurzes Eingehen schon deshalb richtig sein, weil es andeuten würde, in welchem Maasse der Autor die seiner Ansicht entgegenstehenden Schwierigkeiten würdigt und sie zu besiegen denkt, ganz abgesehen von dem Einflusse, den es unseres Erachtens auf das Interesse und das Verständniss des Studirenden für den Gegenstand haben muss, wenn ihm die *Entwickelung* der Anschauungen über diesen, nicht nur ein bestimmtes Resultat vorgeführt wird.

Im speciellen Theile sind wohl manche Capitel gar zu kurz behandelt worden; wenn diese Raumersparniss auch anderen Punkten zu gute gekommen ist (manche Schilderungen erschienen uns mustergültig), so würde doch wohl für spätere Auflagen eine gewisse allseitige Abrundung erwünscht sein.

Die Ausstattung des Buches ist vorzüglich; die Abbildungen sind Autotypien, die in der Hauptsache nicht nur ausreichen, sondern sich sogar für die Wiedergabe bestimmter Dinge, z. B. verschwommener Contouren u. Aehnl. besonders gut eignen. Auf manche Feinheiten, wie sie Holzschnitt oder Aetzung geben, muss ja freilich andererseits verzichtet werden. Auch die Farbentafeln sind gut ausgeführt. Beneke (Braunschweig).

28. **Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie** (*nach Originalen von A. Schmitson*); von Ober-Med.-R. Prof. Dr. O. Bollinger. II. Bd.: Harnapparat, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Knochen. [*Lehmann's* med. Handatlanten XII.] München 1897. J. F. Lehmann. 8. VIII u. 148 S. mit 63 farb. Abbild. auf 52 Taf. u. 17 Textabbild. (12 Mk.)

Das Tafelwerk, dessen frühere Lieferungen wir bereits seiner Zeit ankündigten, ist mit dem vorliegenden Bande abgeschlossen. Dieser reiht sich dem ersten gleichwerthig an; die zahlreichen Farbenabbildungen überraschen wieder oft durch ihre Naturwahrheit, die nur durch eine bis in die letzte Einzelheit eingehende Treue der Nachahmung und einen besonders gut entwickelten Farbensinn des Darstellers erreicht werden konnte. So erwähnen wir die Tafeln der Niereninfarkte, der Sublimatniere, des Schornsteinfegerkrebses am Scrotum, der Uterus- und Scheidentuberkulose, des Pemphigus syph. neonati, der Hirnerweichungen, Kleinhirntuberkel u. s. w.; sehr schön sind auch die allerdings meistens naturgemäss nach Sammlungspräparaten angefertigten Knochenbilder. Der Text ist, dem Zwecke des Repetitorium entsprechend, sehr knapp gehalten, doch finden sich nicht selten auch persönliche Anschauungen, statistische Angaben u. A., die der Zusammenstellung besonderen Werth verleihen. So können wir nur wiederholt B. und seinem künstlerischen Mitarbeiter dankbare Anerkennung aussprechen und dem ganzen Werke eine weite Verbreitung wünschen.

Beneke (Braunschweig).

29. **Lehrbuch der gesammten Psychotherapie**; von Dr. L. Löwenfeld. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. Gr. 8. 264 S. (6 Mk. 40 Pf.)

Es ist recht erfreulich, dass neuerdings die seelische Behandlung mehr und mehr Beachtung findet. Man sieht allmählich ein, dass die Heilkunst mehr ist als angewandte Chemie u. s. w. Ein Zeugniss für den Fortschritt der Aufklärung ist auch L.'s Lehrbuch. Es enthält keine neuen Gedanken, trägt aber das Darzustellende einfach und ansprechend vor und trifft in allem Wesentlichen das Richtige. Die Einleitung schliesst sich zwar der läppischen „Associationspsychologie" an, im Weiteren aber wird glücklicherweise keine Rücksicht darauf genommen, vielmehr bedient sich der Vf. im Buche selbst der allgemein üblichen Aus-

drucksweise, spricht vom Willen und anderen guten Dingen, die es nach der Lehre jener „Psychologen" (lucus a non lucendo) gar nicht giebt.

Möbius.

30. **Diagnostik der inneren Krankheiten auf Grund der heutigen Untersuchungsmethoden**; von Prof. Oswald Vierordt. 5. verbesserte u. vermehrte Auflage. Leipzig 1897. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XVI u. 689 S. (14 Mk).

Die neueste Auflage des bekannten Buches ist gründlich durchgearbeitet, vielfach ergänzt und dadurch etwas umfangreicher geworden als die 4. Das meiste Neue findet sich bei der Untersuchung der Magenverdauung und der des Nervensystems. Die Röntgen-Strahlen hat V. dieses Mal noch nicht berücksichtigt, bei der 6. Auflage, die wohl nicht allzu lange auf sich warten lassen wird, ist hoffentlich auch hierüber schon manches Sichere und Werthvolle zu berichten. Dippe.

31. **Vorlesungen über Kinderkrankheiten**; von Prof. Eduard Henoch. 9. Auflage. Berlin 1897. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 896 S. (17 Mk.)

Mit berechtigtem Stolze führt H. an, dass, abgesehen von Uebersetzungen in fremde Sprachen, nunmehr 18000 Exemplare seines Buches in die Welt hinausgegangen sind, und dass die Gunst der Leser dem Buche treu geblieben ist, auch nachdem sein Verfasser von der öffentlichen Thätigkeit zurückgetreten ist. Es ist eben von Grund aus ein gutes Buch und die schnelle Aufeinanderfolge der Auflagen hat es ihm erlaubt, überall mit seiner Wissenschaft mitzugehen. Das Wichtigste aus der neueren Zeit finden wir auch in der 9. Auflage erwähnt. Vielem gegenüber verhält sich H. recht vorsichtig oder einfach ablehnend; vielleicht doch *zu* Vielem, die Nervenkrankheiten z. B. verdienten doch wohl eine gründliche Durcharbeitung und Auffrischung. Die Heilserumbehandlung der Diphtherie hält H. nach den vorliegenden Berichten für etwas sehr Gutes. Dippe.

32. **Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen.** Vorträge, gehalten an der allgemeinen Poliklinik von Prof. Alois Monti. I. Heft. *Ueber Verdauung und natürliche Ernährung der Säuglinge.* Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 88 S. (2 Mk. 50 Pf.) Vgl. auch Wien. Klinik XXIII. 1. 2 u. 3. 1897.

M. bespricht zunächst die dem Säuglinge eigenthümlichen Verdauungsverhältnisse, die Abweichungen, die sein Mund, sein Magen, sein Darm, Leber, Pankreas u. s. w. von den gleichen Theilen bei älteren Kindern und bei Erwachsenen darbieten. Dann folgen Abschnitte über das Selbststillen, über die Ammenwahl und eine sehr ausführliche Erörterung der Frauenmilch, der Methoden ihrer Untersuchung und der Verwerthung dessen, was diese Untersuchung ergiebt. Hervorheben möchten wir, dass M. das Vorkommen verschiedener Kokkenarten, namentlich des Staphylococcus pyogenes albus in der Milch gesunder Frauen für sehr häufig hält. „Ob dieselben ein constanter Befund sind, lässt sich noch nicht mit Bestimmtheit behaupten und es sind hierüber weitere Untersuchungen abzuwarten."

Der letzte kürzeste Abschnitt: *Diätetik der natürlichen Ernährung* ist für den Praktiker der wichtigste. M. hätte hier vielleicht noch deutlicher vor der häufigen Ueberfütterung der Brustkinder warnen sollen. Es ist gar kein Zweifel, dass man schon einem so kleinen Menschen das zu viel Essen, bez. Trinken mit Leichtigkeit angewöhnen kann. Die Bedenken gegen das Wägen vor und nach dem Trinken vermögen wir nicht zu theilen. Umstände macht es so gut wie gar nicht und giebt doch oft einen recht angenehmen festen Anhalt. Das Eintreten der Menstruation verbietet das Weiterstillen nicht, wenigstens ohne Weiteres nicht, so lange sie nicht zu oft und zu reichlich auftritt. Wir möchten hier, wie bei dem Hinzukommen einer akuten Krankheit, besonders hinzufügen, so lange nicht, als das Kind sich augenscheinlich wohl befindet. „Der Eintritt einer Schwangerschaft bei der stillenden Frau macht die sofortige Unterbrechung des Stillens nothwendig." Recht kurz ist die Ernährung der Stillenden abgethan. Auch hier hätten die häufigen Uebertreibungen stärker hervorgehoben werden können. Dass sehr leichtes Bier nicht schadet, mag sein, Wein halten wir unter allen Umständen für schädlich.

Ueber das „Entwöhnen" werden wir wohl später noch etwas hören. Man wird den weiteren Vorträgen M.'s gern entgegensehen. Dippe.

33. **Zur geographischen Verbreitung und Aetiologie der Rhachitis**; von Dr. Emil Feer in Basel. Basel. Schweizer Verlags-Druckerei. Gr. 8. 134 S.

Im 1. Theile seiner interessanten Schrift stellt F. die Ergebnisse zusammen, die die Anfrage an 270 schweizer Aerzte über die *Verbreitung der Rhachitis in der Schweiz* geliefert hat. Die Krankheit kommt danach in allen Theilen der Schweiz vor und verhält sich dort im Ganzen so wie anderwärts auch, d. h. sie ist da besonders häufig, wo die Menschen dicht bei einander wohnen und wo die Industrie gegenüber der Landarbeit vorherrscht. Wichtiger ist, dass sie auch in den höchstgelegenen Orten und Wohnstätten auftritt, dass sie aber mit zunehmender Höhe seltener und milder wird und meist die Kinder aus dem Tieflande Eingewanderter betrifft, sehr selten die Kinder der in der Höhe seit lange Ansässigen.

Im 2. Theile giebt F. einen kurzen Ueberblick über Das, was wir von der *Verbreitung der Rhachitis in anderen Ländern* wissen. Sie ist am häufigsten in den Theilen von Europa und Nordamerika, die

der gemässigten Zone angehören, nach Norden und nach Süden zu wird sie seltener. In Nordgrönland, auf den Faröern, in Irland und andererseits in Süditalien, in der Türkei, in Griechenland ist sie schon ziemlich selten. Sehr selten ist sie in Indien, Japan, China, in Südamerika und wahrscheinlich auch in Australien.

Der 3. Theil bespricht die *Aetiologie der Rhachitis* und hier geben wir am besten F.'s Schlusssätze wörtlich wieder: „Die Rhachitis entwickelt sich meist intrauterin. Krankheiten, fehlerhafte Ernährung, hygienische Missstände, selbst der Mangel an frischer Luft und Sonne bilden nur prädisponirende Momente. Die Rhachitis ist an bestimmte Länder, bez. an Besonderheiten des Culturlebens gebunden und ist wahrscheinlich eine endemische Constitutionsanomalie oder eine Infektionskrankheit". Sehr viel mehr als bisher wissen wir damit leider auch nicht. Dippe.

34. **Ueber die erste Hülfe und den Transport bei schweren Verwundungen der unteren Extremität;** von Dr. Liermann in Frankfurt a. M. Berlin 1897. E. S. Mittler u. Sohn. 8. 26 S. (60 Pf.)

L. stellt folgende Forderungen für eine *ambulante Verbandmethode bei schweren Verwundungen der Beine* auf: 1) Die Methode muss alsbald nach der Verletzung anwendbar sein. 2) Sie muss einfach ausführbar sein und möglichst bei allen Verletzungen der Beine Anwendung finden können. 3) Nach Anlegen des Verbandes muss die richtige Stellung der Extremität verbürgt sein. 4) Die Methode muss dem Verletzten einen leichten sicheren Transport und späterhin das Umhergehen ermöglichen. L. bespricht die Apparate von Korsch, Hessing, Harbordt, Bruns u. A. und beschreibt dann genau den von ihm construirten *Apparat mit Schraubenextension.* Zum richtigen Verständnisse des Apparates sind die dem Originale beigegebenen Abbildungen unentbehrlich. L. hält seinen Apparat auch besonders *im Kriege* für anwendbar. Ein und dieselbe Schraubenextensionschiene kann nicht nur als Lagerung-, Transport- und Gehschiene Verwendung finden, sondern auch für jede Körpergrösse Erwachsener und für beide Körperseiten. „Der Apparat wird als erster immobilisirender Verband und als Transportschiene eine ausgedehnte Verwendung finden können, da er vermöge seiner compendiösen Form auch in grösserer Anzahl sowohl leicht verpackt, als auch überall hin mitgeführt werden kann. Ferner wird durch die einfache zweckentsprechende Construktion des Apparates nicht nur die erste Hülfe bei jeder schweren Beinverletzung in ausgiebiger und vor Allem sicherer Art und Weise gewährleistet, sondern der Apparat kann auch bei der weiteren Behandlung dieser Verletzung bis zur völligen Heilung mit Erfolg zur Anwendung gezogen werden."

P. Wagner (Leipzig).

35. **Krankenpflege.** *Handbuch für Krankenpflegerinnen und Familien;* von Dr. Julius Lazarus in Berlin. Berlin 1897. Julius Springer. 8. 298 S. mit zahlreichen Abbildungen. (Geb. 4 Mk.)

Das vorliegende, von der Verlagsbuchhandlung ausgezeichnet ausgestattete Handbuch ist aus Vorträgen hervorgegangen, die L. seit mehreren Jahren als theoretische Ergänzung des praktischen Unterrichts zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen hält. Es ist für letztere ganz entschieden ein gutes Lehrbuch; dagegen enthält es für Familien, für die es L. auch bestimmt hat, zu viel. Doch das ist schliesslich kein grosser Nachtheil des sonst nach jeder Richtung hin empfehlenswerthen Buches.

P. Wagner (Leipzig).

36. **Grundzüge der Augenheilkunde;** von Prof. Dr. Stilling in Strassburg. Wien u. Leipzig 1897. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 368 S. (10 Mk.)

Wiederholt haben wir unser Erstaunen darüber ausgedrückt, dass in den letzten 10—15 Jahren so viele neue Lehrbücher der Augenheilkunde erschienen sind. Jedoch alle waren sehr gut und erlebten rasch hintereinander neue Auflagen. Auch das vorliegende neue Lehrbuch von Stilling gehört sicher zu den besten und wir wünschen ihm den gleichen Erfolg, wie ihn die anderen hatten. Eines zeichnet dieses Lehrbuch, das in einigen Capiteln ziemlich weit von allgemeinen Ansichten abweicht, vor vielen, vielleicht vor allen deutschen Lehrbüchern der Augenheilkunde aus, nämlich die angenehme Art der Darstellung. Wer je z. B. Anatomie nach dem Lehrbuche von Hyrtl studirt und dann andere bekannte und ausgezeichnete Lehrbücher der Anatomie durchgenommen hat, der wird den grossen Unterschied empfunden haben, der darin liegt, ein Buch zu lesen, weil man es lesen muss oder weil man gerne darin liest. Eine Farbentafel und 118 Figuren in Holzschnitt sind dem von der Verlagsbuchhandlung vortrefflich ausgestatteten Lehrbuche beigegeben.

Lamhofer (Leipzig).

37. **Klinischer Leitfaden der Augenheilkunde;** von Prof. Dr. Jul. v. Michel in Würzburg. 2. vermehrte Auflage. Wiesbaden 1897. J. F. Bergmann. 8. 341 S. (6 Mk.)

Schon die 1. Auflage dieses Leitfadens haben wir als eines der besten der kleineren Lehrbücher der Augenheilkunde den Aerzten und Studirenden empfohlen. Das Gleiche gilt von der vorliegenden 2. vermehrten Auflage, in der die Darstellung wo möglich noch übersichtlicher ist und die Ergebnisse der Untersuchungen der letzten Jahre berücksichtigt sind. Lamhofer (Leipzig).

38. **Cervix und unteres Uterinsegment.** Eine anatomische Studie von Otto v. Franqué in Würzburg. Stuttgart 1897. Ferd. Enke.

Gr. 8. 191 S. mit 2 Tafeln in Farbendruck u. 9 in den Text gedruckten Figuren. (7 Mk.)

v. F. hat das Verhalten der Cervix und des unteren Uterinsegments während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett auf Grund neuen anatomischen Materials einer wiederholten Prüfung unterworfen. Zu diesem Zwecke wurde das in den letzten Jahren angesammelte Material der Würzburger Frauenklinik makro- und mikroskopisch genau bearbeitet. Die vorliegende Abhandlung enthält die ausführliche Schilderung der einzelnen Untersuchungbefnnde.

Zur Untersuchung kamen im Ganzen 34 Uteri. Davon entstammten 10 dem 2. bis 6. Schwangerschaftmonate, 1 der ersten und 5 der dritten Geburtperiode, 9 den ersten 24 Stunden nach der Geburt, 4 dem Anfange und 3 dem Ende der ersten Woche des Puerperium. 2 Uteri von ektopischen Schwangerschaften des 2. bis 4. Monats wurden zum Vergleiche herangezogen.

Das Endergebniss der v. F.'schen Untersuchungen steht in Uebereinstimmnng mit der Darstellung der Schröder'schen Schule. v. F. fasst es in folgenden Worten zusammen: „der *Cervix uteri* bleibt in der Regel bis zum Ende der Gravidität im Wesentlichen als solcher erhalten, das Os internum geschlossen; während der Geburt zerfällt das Gebärorgan in einen dickwandigen contrahirten, aktiven Theil, den Hohlmuskel, und einen gedehnten, im Wesentlichen passiven Theil, den Durchtrittschlauch; ersterer ist gebildet von dem oberen Theile des Corpus uteri, nicht von dem ganzen Corpus, letzterer von dem untersten Theile des Corpus, dem „unteren Uterinsegment“ und dem Cervix“. „Das *untere Uterinsegment*“ ist nach oben begrenzt durch die feste Anheftung des Peritonaeum, am arbeitenden, lebenden Uterus durch eine in gleicher Höhe liegende ringförmige *Verdickung* der Muskulatur, den Contraktionring; ausgekleidet ist es von Decidua, nach unten begrenzt durch den Beginn der (von ganz seltenen Ausnahmefällen abgesehen) nicht decidual veränderten, sondern nur hypertrophischen Cervixschleimhaut und der Cervixsubstanz, die ebenfalls eine Hypertrophie erfährt, jedoch lange nicht in dem Maasse wie das Corpus.“

Den Schluss der äusserst fleissigen Abhandlung bilden eine Uebersicht über die einschlägige Literatur (210 Nummern) und eine tabellarische Zusammenstellung der von Anderen festgestellten Thatsachen (117 Beobachtungen am graviden Uterus, 26 Beobachtungen am kreissenden Uterus und 75 Beobachtungen am puerperalen Uterus).

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

39. 1) **Lehrbuch der gesammten Gynäkologie.** *Eine Darstellung der physiologischen und pathologischen Funktionen der weiblichen Sexualorgane im schwangeren und nicht schwangeren Zustande;* von Prof. Friedr. Schauta. Leipzig u. Wien 1896. Franz Deuticke. Gr. 8. XXII u. 1209 S. mit 330 Abbild. (24 Mk.)

2) **Grundriss der operativen Geburtshülfe** *für praktische Aerzte und Studirende;* von Prof. Friedr. Schauta. 3. verbesserte u. theilweise umgearbeitete Auflage. Wien u. Leipzig 1896. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. XII u. 280 S. mit 58 Holzschnitten. (7 Mk.)

1) Mit der nunmehr erschienenen 12. Lieferung liegt Sch.'s Lehrbnch der gesammten Gynäkologie vollständig vor. Beim Erscheinen der ersten Lieferung hat Ref. schon (Jahrbb. CCXLVIII. p. 102) den Plan des gross angelegten Werkes kurz mitgetheilt.

Seit dem im Jahre 1881 erschienenen Braun'schen Lehrbuche ist das Sch.'sche das erste Lehrbuch der Gynäkologie, das aus der Wiener Schule hervorgegangen ist. Schon aus diesem Grunde ist es als dankenswerthes Unternehmen zu begrüssen, dass Sch. auf Grund des grossen ihm zu Gebote stehenden Materials seine Stellung zu den vielen in den letzten 15 Jahren aufgetauchten Fragen der Gynäkologie in der abgerundeten Form des Lehrbuchs dargestellt hat. Ganz besonderes Interesse erregt aber der von Sch. unternommene Versuch, die von Anderen stets getrennt behandelten Gebiete der Geburtshülfe und Gynäkologie einer einheitlichen Bearbeitung in *einem* Gesammtwerke zu unterziehen. Bei der immer mehr überhand nehmenden Zersplitterung der medicinischen Disciplinen ist ein solches Zusammenfassen des der Natur der Sache nach eng Zusammengehörigen besonders verdienstvoll und viele sonst nothwendige Wiederholungen werden dadurch vermieden.

Den Beginn des Werkes bildet die Besprechung der *Anatomie* der weiblichen Sexualorgane. Es folgt die *Physiologie* der weiblichen Sexualorgane: die Physiologie der Ovulation, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts. Im 3. Capitel wird in eingehender Weise (p. 204—600) die *Pathologie* der weiblichen Sexualorgane in und ausserhalb der Schwangerschaft abgehandelt. Als Eintheilungsgrund hat Sch. hier die einzelnen Krankheit*gruppen* gewählt und zusammenhängend die Krankheitgruppen nach den einzelnen Organen besprochen. Dieses Eintheilungsprincip erwies sich Sch. als besonders zweckmässig bei der Abhandlung der Wundinfektionkrankheiten, der Gonorrhöe und der Tuberkulose. Sch. hebt mit Recht dabei hervor, dass diese Abschnitte, nach den einzelnen Organen zerpflückt und an verschiedenen weit auseinander liegenden Stellen des Buches erörtert, wohl kaum das übersichtliche Gesammtbild gegeben hätten, wie dies nun der Fall ist.

Das 4. Capitel enthält die Besprechung der *Anomalien und Krankheiten des gesammten Körpers und seiner Organe in ihren Wechselbeziehungen zu den normalen und pathologischen Funktionen der weiblichen Geschlechtsorgane.* Seitdem Eisenhart

in seiner überaus fleissigen Monographie die gesammte dieses Thema betreffende Literatur zusammengetragen hat, werden diese Fragen in jedem Lehrbuche der Gynäkologie Berücksichtigung finden müssen. So giebt auch Sch. einen zwar kurzen, aber doch sehr instruktiven Ueberblick über dieses Gebiet. Im Anschlusse an die Besprechung der Nephritis wird auch das Krankheitbild der Eklampsie hier abgehandelt.

Im 5. und 6. Capitel erfolgt die Besprechung der *Anomalien des Eies und des knöchernen Beckens*. Sch. bespricht zunächst diejenigen Anomalien des Eies, die das *ganze* Ei betreffen, d. h. 1) die abnorme Dauer der Schwangerschaft, Abort, Frühgeburt und Spätgeburt, 2) die Degenerationen des Eies, 3) den abnormen Sitz des Eies, die ektopische Schwangerschaft und zuletzt 4) die mehrfache Schwangerschaft. Bei den Anomalien der *einzelnen Theile des Eies* werden unter den Anomalien der Frucht die Missbildungen, die anormalen Lagen und Haltungen des Fötus, die Asphyxie und die Erkrankungen und Verletzungen der Frucht besprochen. Es folgen Abschnitte über die Anomalien der Placenta, der Nabelschnur, des Fruchtwassers und der Eihänte.

Capitel 7 giebt eine gemeinsame Besprechung der *geburtshülflich-gynäkologischen Untersuchung*, der *Antisepsis* und *Asepsis* und der *kleineren therapeutischen Eingriffe*. Bei der grossen praktischen Wichtigkeit gerade dieser kleineren Technicismen, der vaginalen und uterinen Irrigationen, des Katheterismus u. dgl. sind die genauen von Sch. gegebenen Anweisungen dem angehenden praktischen Arzte sicher besonders willkommen. Auch die Pessarbehandlung und die gynäkologische Massage werden im Anschlusse hieran geschildert.

Die Capitel 8 und 9 beschliessen das Werk mit der Beschreibung der *geburtshülflichen* und *gynäkologischen Operationen*.

Einzelheiten näher zu erörtern, ist an dieser Stelle nicht wohl angängig. In Anbetracht der von der üblichen durchaus abweichenden Eintheilung des ganzen Werkes schien es dem Ref. dagegen von besonderem Interesse, gerade auf diese völlig originelle Eintheilung näher einzugehen. Jedenfalls ist der Versuch einer einheitlichen Bearbeitung der Geburtshülfe und Gynäkologie in dem vorliegenden Werke Sch.'s glänzend gelungen. Es giebt ein vorzügliches Bild der Anschauungen, die in der Wiener Frauenklinik herrschen, und der Grundsätze, die dort für die Therapie maassgebend sind. Sch.'s Lehrbuch wird deshalb von Allen, die sich mit Gynäkologie beschäftigen, mit grossem Interesse aufgenommen werden.

2) Sch.'s *Grundriss der operativen Geburtshülfe*, der nunmehr in 3. Auflage erschienen ist, bildet in gewissem Sinne eine Ergänzung zu dem eben besprochenen Lehrbuche. Da die im Jahre 1892 erschienene 2. Auflage (Jahrbb. CCXL. p. 265) eine ausführliche Besprechung gefunden hat, sei hier nur kurz auf die im Grossen und Ganzen nur wenig veränderte Neuauflage hingewiesen.

Eine eingreifendere Veränderung hat das die *Symphyseotomie* behandelnde Capitel erfahren, da Sch.'s Stellung dieser Operation gegenüber in den letzten Jahren eine wesentlich andere geworden ist. Sch. hält die Symphyseotomie jetzt für angezeigt bei räumlichen Missverhältnissen mittleren Grades, bei denen ein geringer Raumzuwachs genügen würde, um das Kind unverletzt entwickeln zu können. Die Symphyseotomie kann ferner nach Sch. auch als Concurrenzoperation der Sectio caesarea aus relativer Indikation angesehen werden; bei zweifelloser Asepsis zieht Sch. jedoch die Sectio caesarea der Symphyseotomie vor. Bei zweifelhafter Asepsis oder nach vorausgegangener längerer Geburtarbeit oder vorausgegangenen künstlichen Entbindungsversuchen empfiehlt Sch. nicht die Sectio caesarea aus relativer Indikation, sondern an ihrer Stelle die Symphyseotomie bei lebendem Kinde. Die Sectio caesarea bei absoluter Indikation und die Symphyseotomie schliessen sich nach Sch. aus.

Sch.'s Grundriss schildert in anschaulicher Weise diejenigen Operationen, die sich ihm in langjähriger Erfahrung besonders bewährt haben. Gerade durch dieses mehr subjektive Gepräge erhält der Grundriss Sch.'s für den in der geburtshülflichen Praxis stehenden Arzt seinen besonderen Werth und seine besondere Bedeutung.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

40. **Tagesfragen der operativen Gynäkologie.** *Beobachtungen und Ergebnisse der operativen Thätigkeit in den Jahren 1893—1896;* von Prof. Dr. Ernst Fraenkel in Breslau. Wien u. Leipzig 1896. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. VI u. 130 S. (3 Mk.)

„Eine vorurtheilslose Prüfung des heutigen Standpunktes in den Hauptfragen der operativen Gynäkologie, an der Hand praktischer Erfahrung und durch längere Beobachtung geklärten Urtheils". Mit diesen Worten kennzeichnet F. den Gesichtspunkt, von dem aus er seinen Bericht betrachtet haben will. Dabei hebt er den grossen Werth der in kleineren Privatkliniken gemachten Erfahrungen hervor, der besonders darin besteht, dass die Kranken noch jahrelang unter der controlirenden Beobachtung des Arztes bleiben.

Zur *Narkose* empfiehlt F. sowohl für gynäkologische, als auch für geburtshülfliche Operationen ein combinirtes Verfahren, das sich ihm seit 22 Jahren vorzüglich bewährt hat. $^1/_4$ Stunde vor Beginn der Narkose wird $1—1^1/_4$ ccm folgender Lösung subcutan injicirt: Morph. muriat. 0.15, Atropin. sulfur. 0.015, Chloralhydrat 0.25, Aqua dest. 15.0. Die Menge des alsdann verbrauchten Chloroforms oder Aethers ist nach F. eine erstaunlich geringe; störende Zwischenfälle traten niemals auf,

In den nachfolgenden Abschnitten bespricht F.: Antisepsis und Asepsis, Ovariotomie, Adnexoperationen, Myomotomie, Nachbehandlung nach Cöliotomien, Totalexstirpation des Uterus, Ventri- und Vaginaefixur des Uterus, Scheidendamm- und Cervikoplastik, Operation der submukösen Uterusmyome und fibrösen Uteruspolypen, diverse Operationen und schliesslich geburtshülfliche Fälle. Den einzelnen Abschnitten ist jedesmal eine tabellarische Uebersicht der verschiedenen Beobachtungen beigefügt.

Bezüglich der *Myomotomie* bekennt sich F. zu der alten conservativen Ansicht, dass zwar Ovarientumoren sofort, Uterusmyome aber nur unter ganz bestimmten zwingenden Anzeigen zu operiren sind. Die Entfernung der Ovarien wegen Uterusmyomen wurde von F. in 4 Fällen, und zwar stets mit gutem Erfolge, ausgeführt.

Die *Totalexstirpation des Uterus* hat E. nur 8mal ausgeführt, da er den Grundsatz befolgt, nur solche Carcinome zu operiren, bei denen die Möglichkeit einer Radikalheilung vorliegt. Auf Grund von 2 eigenen Beobachtungen spricht F. die Ansicht aus, dass durch die Emmerich'sche Serumbehandlung für die inoperablen malignen Uterusgeschwülste im allergünstigsten Falle ein vorübergehender Wachsthumstillstand und Linderung einzelner quälender Symptome zu erreichen sind.

Bei *Retroflexio uteri* hat F. durch längere Zeit fortgesetzte Pessarbehandlung weit mehr Radikalheilungen erreicht, als andere Statistiken, z. B. die Löhlein'sche, ergaben. Für die Ventrofixation bevorzugt F. die Leopold-Czerny'sche Methode. Bei der Vaginaefixur wandte er in letzter Zeit theils die von Dührssen, theils die von Mackenrodt angegebene neuere Methode mit absichtlicher Eröffnung der Excavatio vesico-uterina an.

Die Operation des *completen Dammrisses* führte F. nach der Sänger'schen Methode mit der Fritsch'schen Modifikation aus und hatte dabei niemals einen Misserfolg zu verzeichnen. Bei der Nachbehandlung lässt F., wenn irgend möglich, nicht katheterisiren; am 3. Tage nach der Operation wird für Stuhlgang gesorgt. F. macht auf den bei Frauen mit hoch hinaufreichenden Scheidendamm-Mastdarmrissen öfters bestehenden, hartnäckigen Dickdarmkatarrh aufmerksam, der durch die Operation des Defekts beseitigt wird und dann niemals wiederkehrt.

Bei Besprechung des *Curettements* warnt F. vor der vielfach geübten missbräuchlichen Anwendung dieser Operation. Bezüglich der Technik hält F. das leichte Anziehen der vorderen Muttermundslippe für sehr fördernd; zur richtigen Controle muss die *Muzeux*'sche Zange jedoch von dem Operateur selbst und nicht von dessen Assistenten gehalten werden.

Zum Schlusse berichtet F. über einige *geburtshülfliche* Beobachtungen und theilt zunächst 2 Fälle von artificiellem Abort mit, der wegen stärkster Schwangerschaftbeschwerden bei Myoma uteri eingeleitet werden musste. In den seltenen Fällen, in denen Myome ein aktives Vorgehen während der Gravidität nothwendig machen, zieht es F. vor, zunächst den Abort einzuleiten und erst nach Ablauf des Puerperium die Myomotomie vorzunehmen, statt den Uterus sammt Myom und Ei zu exstirpiren.

Für die Anwendung der Brünninghausen-Prochownick'schen *Entziehungsdiät* zur Umgehung der künstlichen Frühgeburt tritt F. auf Grund einer ganzen Reihe selbst beobachteter, hier aber nicht mitgetheilter Fälle mit grosser Entschiedenheit ein. Bei der grossen praktischen Wichtigkeit dieser Frage wäre es sehr dankenswerth, wenn F. seine Beobachtungen und Erfahrungen ausführlich veröffentlichen würde.

Ref. kann das Studium des mit gesunder Kritik in anregender Weise geschriebenen F.'schen Berichtes nur empfehlen.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

41. **Ein Beitrag zur causalen Behandlung des Kindbettfiebers;** von Dr. Herrenschneider in Colmar (Oberelsass). Strassburg i. E. 1896. Friedrich Bull. 8. 28 S. (80 Pf.)

Auf Grund eigener Beobachtungen befürwortet H. bei puerperaler Endometritis die lokale Behandlung durch consequent durchgeführte Jodoformgazetamponade im Verein mit Irrigation und Ausräumung des Uterus. Vom 2. oder 3. Wochenbettstage an verwendet H. beim Tamponiren ein fingerdickes, 20 cm langes, metallenes, röhrenförmiges Uterusspeculum (von der Instrumentenfabrik *Streisgult* in Strassburg i. E. für 6 Mk. 50 Pf. erhältlich), das in den entgegengedrängten Uterus möglichst weit eingeschoben wird. Die Jodoformgazetamponade wirkt nach H. desinficirend, drainirend und contraktionerregend.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

42. **Ueber Hebammen- und Wärterinnenwesen;** von Dr. Beaucamp in Aachen. Cöln a. Rh. Cölner Verlagsanstalt A.-G. Kl. 8. 47 S.

Zur Zeit schwankt die Dauer der Hebammenausbildungcurse in Deutschland zwischen 9 und $3^1/_2$ Monaten. Danzig, Cöln, Kiel, Metz und Strassburg i. E. verlangen 9 Monate; Jena und Gotha dagegen nur $3^1/_2$ Monate. In den meisten Hebammenlehranstalten ist die Dauer der Curse auf 6 Monate festgesetzt.

B. fordert nun für *alle* Hebammenschulen eine Ausbildungzeit von 9 Monaten und als Minimalnorm 5 von jeder Schülerin geleitete Geburten. Dem Kreisphysicus soll ferner das Recht zustehen, den Hebammen zwangsweise den Besuch von Nachcursen und für kleinere Vergehen Geldstrafen aufzuerlegen.

Für Wochenbettspflegerinnen fordert B. eine 6 Monate dauernde, in einer Entbindungsanstalt

durchzumachende Lehrzeit und schliesslich eine vor dem Kreisphysicus abzulegende Prüfung. Im Falle der Competenzüberschreitung wird die Entziehung der Approbation angedroht.

Im Allgemeinen kann Ref. den Vorschlägen B.'s nur beistimmen. Was die Ausbildung der Wochenbettspflegerinnen betrifft, so hat Ref. in eigener Praxis allerdings die Erfahrung gemacht, dass oft gerade die nicht in Entbindungsanstalten ausgebildeten Pflegerinnen, also die Autodidakten, am gewissenhaftesten, reinlichsten, sachverständigsten und bescheidensten ihren Obliegenheiten nachkommen. Arth. Hoffmann (Darmstadt).

43. **Die ektopische Schwangerschaft, ihre Aetiologie, Klassifikation, Embryologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie**; von J. Clarence Webster in Edinburgh. Deutsch von A. Eiermann in Frankfurt. Berlin 1896. S. Karger. Gr. 8. XIII u. 220 S. mit 15 Abbildungen im Text u. 22 lithogr. Tafeln. (10 Mk.)

W. giebt in diesem Buche eine ausserordentlich klare, übersichtliche Darstellung der Lehre von der Eileiterschwangerschaft und ihren Folgezuständen auf Grund eigener Untersuchungen und Beobachtung, sowie weitgehender Literaturstudien. Die ausführlichste neue deutsche Abhandlung in Martin's Handbuche der weiblichen Adnexorgane (von A. Martin und E. G. Orthmann) ist noch nicht berücksichtigt. Aus dem reichen Inhalte des vortrefflich ausgestatteten Werkes sei nur Einiges erwähnt.

Bezüglich der Aetiologie ist W. zu der Annahme geneigt, dass in manchen Fällen durch eine Art Entwickelungsfehler die Schleimhaut der Eileiter auf den genetischen Einfluss ebenso reagirt, wie die der Gebärmutter, dass es sich also um einen Rückfall des Baues oder des Reaktionbestrebens in der Eileiterschleimhaut zu einem früheren Typus in der Reihe der Säugethiere handelt, nämlich zu dem, bei welchem ein grösserer Theil der Müller'schen Gänge deciduale Reaktion zeigte. Damit ist auch von vornherein eine primäre Bauchhöhlenschwangerschaft kaum möglich, da das Bauchfell einer decidualen Reaktion nicht fähig ist. Für den Beginn der Entwickelung in einem Graaf'schen Follikel ist kein Beweis vorhanden.

Zu einer genauen Bestimmung der Natur des Fruchtsackes hält W. es für nothwendig, den Körper und seine Organe möglichst unverändert mittels Gefrierschnitten zu studiren, nur so bekommt man ein klare Vorstellung von der Anordnung des Bauchfelles. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt er folgende Klassifikation auf: Die Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutter ist von vornherein, soweit bekannt, in allen Fällen im Eileiter entwickelt.

I. *Ampulläre* (häufigster Anfang): 1) *Persistirend* bis zum normalen Ende (selten). 2) *Durchbruch in das breite Mutterband zu früher Zeit:* subperitoneo-pelvikale, tuboligamentäre, extraperitonäale, intraligamentäre Schwangerschaft; a) die Schwangerschaft kann in der Entwickelung fortfahren: subperitoneo-abdominale Gravidität; b) sekundärer Durchbruch der subperitoneo-pelvikalen Schwangerschaft in die Bauchhöhle; c) Schwangerschaft beendet durch Bildung eines Hämatoms durch Vereiterung, Mumifikation, lipoide Umwandelung oder Litbopädionbildung. 3) *Ruptur in die Bauchhöhle:* tuboperitonäale Schwangerschaft oder Beendigung durch Hämatocelenbildung, Tod der Frau oder Mumifikation, lipoide Umwandelung, Lithopädionbildung, Vereiterung. 4) *Unterbrechung der Schwangerschaft* durch tubaren Abort durch das Fimbrienende in die Bauchhöhle, ferner Bildung einer Hämatosalpinx, Bildung einer Mole, Vereiterung mit Ausgang in Pyosalpinx, Resorption nach frühzeitigem Tode der Frucht, bez. Mumifikation, lipoide Umwandelung oder Lithopädionbildung.

II. *Interstitielle* (im interstitiellen Theile des Eileiters): 1) Fortschreiten bis zum normalen Ende. 2) Durchbruch in die Bauchhöhle. 3) Durchbruch in die Gebärmutterhöhle. 4) Durchbruch in beide zugleich. 5) Durchbruch zwischen die Blätter des breiten Mutterbandes. 6) Nach Absterben im Fruchtsacke Mumifikation, lipoide Umwandelung, Lithopädionbildung.

III. *Infundibuläre* (im äusseren Ende des Eileiters, besonders in einer Nebenöffnung). Hierin sind einzuschliessen die tuboovariale und die tuboabdominale Schwangerschaft, die ursprünglich rein tubar sind.

Auf Grund dieser Eintheilung werden dann die verschiedenen Formen im Einzelnen betrachtet. Nach weiteren allgemeinen Betrachtungen werden eingehend die Veränderungen während der Entwickelung der Schwangerschaft einer Erörterung unterzogen. Dieser Theil des Werkes, dem gründliche mikroskopische Untersuchungen zu Grunde liegen, erscheint uns besonders werthvoll, wenn auch manche Annahmen vorläufig nur wahrscheinlich sind.

W. hat stets bei Schwangerschaft im Eileiter eine Deciduabildung angetroffen. In Folge der dadurch stattfindenden Gewebevermehrung wird das deckende Epithel auseinandergesprengt. W. fand nun weiter in allen Fällen von frühzeitiger (3—8wöchiger) Schwangerschaft die Oberfläche der Decidua serotina und reflexa mit einer gleichmässig mit Kernen versehenen Protoplasmaschicht bedeckt, in der bei fortschreitendem Wachsthume Hohlräume entstehen. W. nimmt an, dass diese Schicht des fötalen Epiblast, auch Trophoblast genannt, eine phagocytäre Thätigkeit habe, dass der Trophoblast das Deciduagewebe bis zu den nächsten mütterlichen Bluträumen durchfresse, und dass das Blut hierbei langsam in die Räume zwischen den jungen Zotten gelangen kann. Man findet daher auch Gefässe von solchen Plasmodiummassen, die

bisher irrthümlich als Endothel angesehen wurden, angefüllt.

Damit, dass das mütterliche Blut in die Hohlräume des fötalen Epiblastnetzwerkes eingedrungen ist, ist die primitive Placenta gebildet. Bezüglich der Bildung der dauernden Placenta muss auf das Original verwiesen werden.

Die letzten Abschnitte des Werkes behandeln Symptomatologie, Diagnose und Therapie der ektopischen Schwangerschaft in ausführlicher Weise, ohne gerade wesentlich neue Gesichtspunkte zu bieten. J. Praeger (Chemnitz).

44. **Die Untersuchung des Wassers**; von Dr. W. Ohlmüller. 2. Aufl. Berlin 1896. Julius Springer. 8. XI u. 178 S. mit 75 Textabbild. u. 1 Lichtdrucktafel. (5 Mk.)

Der kurze Ohlmüller'sche Leitfaden zur Untersuchung des Wassers liegt in 2. Auflage vor, ein Beweis dafür, dass es richtig war, eine Zusammenfassung der chemischen, bakteriologischen und physikalischen Methoden der Wasseruntersuchung in compendiöser Form den Laboratorien zu übergeben. Die neue Auflage hat nur wenig Aenderungen aufzuweisen. Im chemischen Theile sind einige bewährte Verfahren eingefügt (z. B. die Methode zur Ermittelung des Sauerstoffes nach M. Müller), im bakteriologischen Theile sind die neueren Erfahrungen über den Nachweis von Typhus- und Cholerabakterien berücksichtigt. Ficker (Leipzig).

45. **Janus,** *Archives internationales pour l'histoire de la médecine et la géographie médicale* paraissant tous les deux mois. Directeur D. H. F. A. Peypers, Rédaction et administration. Amsterdam 1896. 8°.

Dass Geschichte der Medicin und medicinische Geographie eine grössere Berücksichtigung verdienen als ihnen bisher zu Theil wurde, darüber besteht unter einsichtigen Aerzten, die sich über den Lärm des Tages zu erheben vermögen, schon seit Jahren kein Zweifel mehr, wenn auch diese Erkenntniss zu den entscheidenden Stellen in Preussen noch nicht durchzudringen vermochte, wie die noch immer verwaisten Lehrstühle Heinrich Häser's und August Hirsch's beweisen. Gearbeitet wird auf diesem Gebiete von Jahr zu Jahr in erhöhtem Maasse, noch fehlte es aber an einer Zeitschrift, die die zerstreuten und sonst schwer unterzubringenden Arbeiten der Vertreter dieses Faches zusammenfassen sollte. Rohlfs' „Deutsches Archiv für Geschichte der Medicin und medicinische Geographie" hatte es wohl auf 8 Jahrgänge gebracht, ist aber schon seit 12 Jahren eingegangen, freilich nicht nur aus Gründen, die in der Sache selbst lagen. Die Gründung eines neuen Organs deutscher Zunge ist in diesen 12 Jahren unter den deutschen Medicohistorikern wohl verschiedentlich besprochen worden, aber über Besprechungen im engsten Kreise nicht hinausgekommen. Was auf nationalem Boden bisher wenig Aussicht auf Verwirklichung bot, hat man vor einem Jahre in internationaler Weise zur Ausführung zu bringen begonnen und der Versuch ist bis heute nicht übel geglückt. Nach wenig mehr als 3monatigen Bemühungen, die Forscher auf dem Gebiete der Medicohistorie und der medicinischen Geographie in und ausser Europa zur Mitarbeit zu sammeln, ist im Juli 1896 die 1. Lieferung der Zeitschrift, die im Namen pietätvoll an Henschel's Versuche in gleicher Richtung aus der Mitte unseres Jahrhunderts anknüpft, in Amsterdam unter Peypers' Redaktion und eingeleitet von Prof. Stokvis erschienen; 19 bekannte Namen, meist die ersten Vertreter des Faches in den verschiedenen Ländern waren als Specialredakteure auf dem Titel genannt, über 90 weitere Namen waren als Mitarbeiter bekannt gegeben: in dem eben erschienenen 4. Hefte hat sich erstere Zahl auf 23, die andere auf 131 vermehrt. Die Theilnahme der Gelehrten an diesem neuen Unternehmen ist also noch im Steigen.

Auf 392 Seiten wurde in diesen ersten 4 Lieferungen schon manche tüchtige Arbeit, mancher hübsche Beitrag geboten und doch ist es wohl noch zu früh, ein Urtheil über das Ganze abzugeben. Ein internationales Organ hat zwar den Vorzug eines grösseren Interessentenkreises, hat aber auch vielerlei Schwierigkeiten zu überwinden, deren ein nationales Organ vollständig überhoben ist. Der Redakteur einer internationalen Zeitschrift hat z. B., wenn er seine Aufgabe in der Weise auffasst, wie die gegenwärtige Leitung des „Janus", darauf zu sehen, dass er die drei zugelassenen Cultursprachen immer annähernd in gleicher Stärke in jedem Hefte aufmarschiren lässt, eine nationale Zeitschrift lässt nur die Güte der eingelaufenen Arbeiten über ihre Aufnahme entscheiden. Wie lange sich diese äusserliche Gleichstellung der Arbeiten in den 3 Sprachen wird aufrecht erhalten lassen, obendrein verbunden mit dem Bestreben, der Geschichte der Medicin und der medicinischen Geographie stets ungefähr gleichen Raum zu gewähren, das lässt sich heute noch nicht beurtheilen, eben so wenig, was für die deutschen Forscher auf diesen Gebieten doch auch in Frage kommt, ob die besseren deutschen historischen Arbeiten einigermaassen auf sichere Veröffentlichung in absehbarer Zeit rechnen dürfen.

Einstweilen wünschen wir dem dankenswerthen Unternehmen rüstigen Fortgang, allzeit reiches Material aus allen Culturstaaten, einen zahlreichen Leserkreis in aller Herren Ländern und sichere Abnehmer an allen grösseren deutschen Bibliotheken, vor Allem an den Lesezimmern der Universitäten. Sudhoff (Hochdahl).

JAHRBÜCHER

der

in- und ausländischen gesammten Medicin.

Bd. 254. 1897. № 3.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

464. **Ueber giftige Eiweisse, welche Blutkörperchen verkleben**; von Dr. M. Elfstrand. (Upsala 1897. Almqvist u. Wiksell's Buchdruckerei. 8. 192 S.)

Aus den Samen von Croton tiglium lässt sich mit Wasser oder Kochsalzlösung oder Glycerin ein giftiger Auszug gewinnen. Das giftige Princip ist ein Albumin und ein Globulin. Die Mischung dieser giftigen Eiweisse bezeichnet E. als Crotin, analog dem Ricin und Abrin.

Die rothen Blutkörperchen von defibrinirtem Menschenblute werden durch Crotin unregelmässig gestaltet. Die Blutkörperchen des Rinderblutes und des Schafblutes kleben dadurch in kleinen Klumpen zusammen, ebenso die des Schweineblutes. Kaninchenblutkörperchen werden durch Crotin aufgelöst, Körperchen von Fischblut und Froschblut zusammengeklebt. Ricin dagegen klebt in allen untersuchten Blutarten die Körperchen zusammen. Im Blutserum von Mensch, Schwein, Pferd oder Kaninchen ruft Crotin Trübung hervor.

Durch die Crotinwirkung wird wahrscheinlich in den Stromata der Blutkörperchen unter Vernichtung der Blutkörperchenstruktur ein schwerlöslicher, sehr klebriger Eiweisskörper gebildet, und dies ist die Ursache für das Zusammenkleben der Blutkörperchen.

Aus Lösung von defibrinirtem Schweineblute fällt Crotin die Stromata aus. Das Serum des Schweineblutes, noch mehr das Plasma, vermag die Crotinwirkung auf die Blutkörperchen abzuschwächen.

Eiterkörperchen werden durch Crotin nicht verklebt, während dies wohl durch Ricin geschieht.

Crotin wirkt nach einiger Zeit giftig auf Pflanzen-Protoplasma. Milch wird durch Crotin bei neutraler Reaktion coagulirt, und das Crotin verhält sich der Milch gegenüber wie Lab.

V. Lehmann (Berlin).

465. **Ueber die Bedeutung der löslichen Kalksalze für die Faserstoffgerinnung**; von Olof Hammarsten. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 333. 1896.)

Viele Forscher haben den Kalksalzen bei der Fibrinbildung eine Rolle zugeschrieben, wenn auch in verschiedenem Sinne. In einer ausgedehnten Arbeit hat H. die Sachlage untersucht und findet, dass allerdings die Kalksalze bei der Blutgerinnung eine specifische Rolle spielen. Indess ist nach H. weder die Ansicht von Arthus richtig, dass die Kalksalze für die fermentative Umwandlung des Fibrinogens nothwendig sind, noch die von Lilienfeld, nach der als Spaltungsprodukt des Fibrinogens das „Thrombosin" entstehen soll, das ohne Weiteres mit Kalksalz Fibrin gebe. Das Lilienfeld'sche Thrombosin ist nichts Anderes, als durch Essigsäure oder Nucleinsäure gefälltes Fibrinogen, dessen Lösung, wenn nicht genügend Kochsalz darin vorhanden ist, von einem Kalksalze gefällt wird.

Es ist nach H. wahrscheinlich, dass die Einwirkung der Kalksalze in Beziehung zur Bildung des Fibrinfermentes steht. Keinenfalls ist die Ansicht von Alex. Schmidt zutreffend, dass die Kalksalze qualitativ keine andere Rolle bei der Blutgerinnung spielen, als etwa das Kochsalz.

V. Lehmann (Berlin).

466. **Die Bedeutung der aktiven löslichen Zellprodukte für den Chemismus der Zelle**; von Prof. H. Buchner. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 12. 1897.)

Eduard Buchner gelang es, in grösseren Mengen den flüssigen, eiweissreichen Zelleninhalt

von Hefe zu gewinnen. Auch Massenculturen von Bakterien lieferten nach demselben Verfahren einen eiweissreichen Presssaft.

Der vollkommen keimfreie Presssaft der Hefezellen erregt nun mit Leichtigkeit alkoholische Gährung, eine Funktion, die bisher dem lebenden Hefeorganismus zugeschrieben wurde. Chloroform hebt die Wirkung nicht auf, eben so wenig 1proc. arsenigsaures Natrium. Bis auf Weiteres wird dieses aktive Zellenprodukt von B. als Zymase bezeichnet.

B. weist auf die Analogie mit den Alexinen, Enzymen und Toxinen hin — sie alle sind nicht etwa Stoffwechselprodukte der Zelle, sondern der aktive Zelleninhalt. V. Lehmann (Berlin).

467. **Sur les transformations de quelques acides de la série oxalique dans l'organisme. Acides malonique, succinique et glutarique**; par le Prof. Pio Marfori. II. Communication. (Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 194. 1896.)

Eingegebene Malonsäure und Glutarsäure erscheinen nur zu einem kleinen Theile, Bernsteinsäure erscheint gar nicht im Urin (des Menschen und des Hundes) wieder. In allen Fällen war die Acidität des Urins vermindert, was auf Entstehung von Kohlensäure hinweist. Oxalsäure verhält sich, wie M. bereits nachgewiesen hat, wie Malonsäure und Glutarsäure.

M. vermuthete, dass keine völlige Oxydation zu Kohlensäure stattfände, sondern dass sich die zweibasischen Säuren in Kohlensäure und die entsprechende einbasische Fettsäure (Ameisensäure, Essigsäure, Propionsäure, Buttersäure) spalten. Die letztere hätte sich dann im Urin finden müssen. Bei darauf gerichteten Untersuchungen konnten Ameisensäure und Propionsäure nie, Essigsäure und Buttersäure kaum in grösseren Mengen als im normalen Urine nachgewiesen werden.

V. Lehmann (Berlin).

468. **Ueber das Verhalten einiger Salicylsäureester im Organismus**; von St. Bondzyński. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 1 u. 2. p. 88. 1896.)

B. hat an sich selbst die Resorption verschiedener Salicylsäureester und die Salicylsäure-, bez. Salicylursäureausscheidung im Harn *quantitativ* studirt, indem er zugleich die mit dem Koth unresorbirt abgegangene Menge des Aethers bestimmte. Die Ergebnisse waren folgende: Das *Aethylsalicylat*, $C_6H_4<^{OH}_{CO_2.C_2H_5}$, der einsäurige Ester der Salicylsäure, wird im Darme vollkommen resorbirt, und 91.3% davon erscheinen im Harne in Form von Salicyl-, bez. Salicylursäure. Anders dagegen verhält sich das zweisäurige *Aethylensalicylat*,

$$\begin{array}{l} H_2C—O.CO.C_6H_4OH \\ | \\ H_2C—O.CO.C_6H_4OH, \end{array}$$

das zu 19.5—27.4% unresorbirt und unverändert im Kothe ausgeschieden wird und 46.7% in Form von Salicylursäure im Harne erscheinen lässt. Die schwere Resorbirbarkeit steigt nun bei dem *Trisalicylglycerid*,

$$\begin{array}{l} CH_2—O.CO.C_6H_4OH \\ | \\ HC—O—CO.C_6H_4OH, \\ | \\ CH_2—O.CO.C_6H_4OH \end{array}$$

so weit, dass der grössere Theil davon, 86.7%, unverändert durchgeht durch den Darmkanal und im Kothe zu finden ist, während im Harne nur 8.7% in Form von Salicylursäure erscheinen. Der *Salicylsäuredichlorhydrinester*,

$$\begin{array}{l} CH_2Cl \\ | \\ CH.O.CO.C_6H_4OH, \\ | \\ CH_2Cl \end{array}$$

ging nur zu 11.2% unverändert mit dem Kothe weg, während die Hauptmenge zerlegt worden war und im Harne wieder gefunden wurde.

H. Dreser (Göttingen).

469. **Ueber das Schicksal des Cholesterins im thierischen Organismus**; von St. Bondzyński u. V. Humnicki. (Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 4 u. 5. p. 396. 1896.)

Aus menschlichen Fäces wurde ein neuer Körper, das Coprosterin, gewonnen, der dem Cholesterin nahe steht, sich aber durch Rechtsdrehung der Polarisationsebene, sowie etwas andere Farbenreaktionen von ihm unterscheidet. Die Elementaranalysen des Körpers, sowie seiner Verbindungen ergaben, dass es sich um ein Dihydrocholesterin, also ein reducirtes Cholesterin, handelt. Es war wahrscheinlich, dass diese Reduktion im Darmkanale erfolge, welche Annahme durch Eingabe von Cholesterin und Untersuchung der Fäces bewahrheitet wurde.

Aus Hundefäces lässt sich nur Cholesterin gewinnen; aus Pferdefäces ein dem Coprosterin ähnlicher, cholesterinartiger Körper, der noch nicht näher untersucht ist. V. Lehmann (Berlin).

470. **Azione del taurocolato di soda sul cuore, sui vasi e sul sangue**; del Dott. Aniello Sorrentino. (Med. contemporanea VII. 1. p. 18. 1896.)

Die Wirkung des taurocholsauren Natrons besteht in Verlangsamung der Herzschläge und Herabsetzung des Blutdruckes. Grosse Dosen vermindern immer den Druck, beschleunigen aber mehr oder weniger die Pulsfrequenz. Die nach kleinen Dosen eintretende Pulsverlangsamung beruht auf Erregung der Hemmungsganglien im Herzen, die aber durch grosse Dosen gelähmt werden. Die Blutdruckverminderung hängt sowohl von der Erregung der Hemmungsapparate des Herzens, als auch von der Gefässerweiterung ab. Die toxischen Dosen setzen

den Druck auch noch dadurch herab, dass sie das Myokard lähmen. Die Gefässerweiterung beruht auf einer Einwirkung auf die peripherischen Gefässe. Bei längerem Gebrauche verändert auch das taurocholsaure Natron die Zusammensetzung des Blutes, indem es eine Verminderung der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins herbeiführt.
H. Dreser (Göttingen).

471. **Ueber Zucker abspaltende Körper im Organismus**; von Dr. Ferdinand Blumenthal. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12. 1897.)

Es ist bekannt, dass verschiedene im Körper vorkommende Nucleoalbumine Kohlenhydratgruppen enthalten. Bl. stellte aus verschiedenen Organen Nucleineiweissverbindungen dar, indem er sie mit Wasser kochte, den wässerigen Auszug mit verdünnter Essigsäure fällte und den Niederschlag mit Alkohol und Aether behandelte. Aus allen diesen Substanzen liess sich durch Kochen mit 2—3proc. Salzsäure eine reducirende Substanz abspalten. Sie lieferte ein Pentosazon. Der abgespaltene Zucker war also Pentose.

Die Nucleineiweissverbindungen wurden aus Pankreas, Leber, Thymus, Muskel, Thyreoidea, Milz und Hirnsubstanz gewonnen.
V. Lehmann (Berlin).

472. **Ueber den Zuckergehalt pathologischer Flüssigkeiten**; von Dr. W. Pascheles u. Dr. O. Reichel. (Wien. klin. Wchnschr. IX. 17. 1896.)

Fast allgemein wird angenommen, dass sich Zucker nur in solchen pathologischen Flüssigkeiten in bestimmbarer Menge vorfindet, denen Chylus beigemengt ist. Bei der Untersuchung verschiedener Exsudate und Transsudate fanden aber P. und R. in fast allen Fällen Zucker durch Titrirung mit *Fehling*'scher Lösung, bei der Phenylglykosazonprobe, Vergährung und Polarisation. Pleuraexsudate enthielten durchschnittlich 0.082%, Ascitesflüssigkeiten ohne besondere Stauung 0.093%, Ascites bei Stauung 0.118%. V. Lehmann (Berlin).

473. **Hämatoporphyrin in normal urine**; by E. Parrod. (Journ. of Physiol. XVII. Dec.15.1894.)

P. konnte im Urin von 20 gesunden Personen Spuren von Hämatoporphyrin nachweisen.
Brückner (Dresden).

II. Anatomie und Physiologie.

474. **Beitrag zur Frage des Verhaltens der Uterusmucosa während der Menstruation**; von Dr. Ludwig Mandl in Wien. (Arch. f. Gynäkol. LII. 3. p. 557. 1896.)

Auf Grund der Untersuchung von 4 Uteri, die am 1., 2. und 4. Tage der Menstruation exstirpirt waren, kommt M. zu dem Schlusse, dass das Deckepithel der Mucosa im Ganzen zwar erhalten bleibt, wohl aber einzelne Lücken aufweist, an denen Epithelzellen, oft auch Zellen des Stroma abgestossen wurden. Eben diese Zellen kann man dann im Schleime des Fundus wiederfinden. Der Ersatz scheint durch Zellentheilung schon während der Menstruation zu erfolgen. Wenigstens deuteten Mitosen verschiedenen Grades darauf hin, die in gleicher Weise auch an interglandulären Zellen beobachtet wurden. Brosin (Dresden).

475. **Zur Innervation der Gefässe in den unteren Extremitäten**; von Dr. J. v. Maximowitsch. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 440. 1896.)

Um zu beweisen, dass in gemischten Nerven, etwa dem Ischiadicus, gefässdilatirende und gefässcontrahirende Fasern verlaufen, untersuchte M. die Wirkung anderer Reizmittel als der Induktionschläge auf die Gefässnerven und benutzte dazu Nicotin und Chloralhydrat, von denen Nicotin Contraktion, Chloralhydrat Dilatation der Gefässe hervorruft. Zunächst wurde mit rhythmischen Induktionschlägen und tetanischen Strömen gereizt; die Reizung mit rhythmischen Induktionschlägen rief Temperatursteigerung, die Reizung mit tetanischen Strömen Temperaturabnahme hervor, verbunden im ersten Falle mit Dilatation, im letzten mit Contraktion der Gefässe. Der tetanisirende Strom wirkt stärker als die rhythmischen Induktionschläge; es müssen also im Ischiadicus mehr contrahirende als dilatirende Fasern vorhanden sein. Kleine Dosen Chloralhydrat bewirken auch Erweiterung und Temperatursteigerung; in grossen Dosen lähmt es und ruft paralytisches Fallen der Temperatur hervor. Nicotin ist ein energisches Reizmittel der gefässcontrahirenden Fasern und setzt die Temperatur herab; dabei wirkt es sehr anhaltend. E. Hüfler (Chemnitz).

476. **Bidrag till kännedomen om hudens kall-och varm-punkter**; af Sydney Alrutz. (Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 246. 1897.)

A. hat neue Untersuchungen über die von Blix (vgl. Jahrbb. CXCVII. p. 117; CXCIX. p. 120) aufgefundene Thatsache angestellt, dass die Empfindung von Wärme und Kälte durch Reizung von getrennten specifischen Nervenapparaten in der Haut entstehe, und hat ebenfalls gefunden, dass blos gewisse, ihrer Lage nach vollständig bestimmte Punkte der Haut im Stande sind, Kälteempfindung hervorzurufen, und dass es sich ebenso mit der Wärmeempfindung verhält, während Kältepunkte durch keinerlei Reizmittel Wärmeempfindung, Wärmepunkte niemals Kälteempfindung auszulösen vermögen, dass die Haut zwischen diesen beiden Arten von Punkten unfähig zur Temperaturempfindung ist. Er hat keinen Hautpunkt finden können, der, wenn er auch bei der Untersuchung mit gröberen Spitzen sowohl

eine Wärme-, als auch eine Kälteempfindung gab, dasselbe fortwährend gethan hätte, wenn die Reizung mit genügend feinen Spitzen vorgenommen wurde (A. verwendete zu feineren Bestimmungen Nähnadeln und untersuchte dabei mit der Lupe). Im physiologischen Institute zu Upsala sind von 1887—1896 im Ganzen 126 Laboranten untersucht worden und an allen hat sich dasselbe Resultat ergeben.

An manchen Stellen lassen sich Flächen bis zur Ausdehnung eines Quadratcentimeter nachweisen, an denen nur Kältepunkte oder nur Wärmepunkte vorhanden sind und an denen unter allen Umständen nicht die entgegengesetzten Empfindungen ausgelöst werden können, wenn diese Stellen selbst gereizt werden. Ebenso lassen sich Hautflächen von wenigstens $^1/_2$ qcm nachweisen, die keinerlei Temperaturempfindung haben.

Die Kältepunkte hat A. so klein gefunden, dass sie nur mit Schwierigkeit exakt markirt werden können, viel kleiner, als sie Blix angiebt, und auch kleiner, als man nach Goldscheider's Untersuchungen annehmen kann; im Allgemeinen erhält man so grosse Punkte, als die Spitzen sind, die man anwendet. Die Wärmepunkte sind grösser als die Kältepunkte und noch schwerer exakt zu markiren, als diese, da die Haut in ihrem allernächsten Umkreise ebenfalls in einem gewissen Maasse für Wärme empfindlich ist, es ist schwer, den Punkt an diesen Stellen zu bestimmen, an dem die Wärmeempfindung am intensivsten ist.

Sowohl Kälte-, wie Wärmepunkte verhalten sich in Bezug auf die Intensität ihrer Empfindlichkeit nicht gleich, so dass einestheils an gewissen Punkten ein stärkeres Reizmittel als an anderen erforderlich ist, um die minimale Empfindlichkeit auszulösen, anderntheils auch manche Punkte stärkere Temperaturempfindungen geben als andere bei Anwendung desselben Reizmittels, oder so, dass verschiedene Punkte verschieden starke Sensationen bei Anwendung des maximalen Reizmittels geben. Nach seinen Versuchen glaubt A. annehmen zu können, dass die Punkte, die die intensivsten Sensationen geben, auch zugleich diejenigen sind, die auf das schwächste Reizmittel reagiren. Diese Punkte reagiren zugleich gegen mechanische Reizmittel mit Temperaturempfindung, wenigstens die Kältepunkte, bei den Wärmepunkten gelingt es schwerer, mittels mechanischer Reizung Wärmeempfindung hervorzurufen. Bei schwacher faradischer Reizung hat A. in den meisten Fällen an den Temperaturpunkten nur Temperaturempfindung beobachtet, bei Verstärkung des Stromes tritt die dem Strome eigenthümliche Empfindung hinzu, bei starken Strömen Schmerzempfindung an der ganzen Haut; die Kältepunkte reagiren auf schwächere Ströme und rascher als die Wärmepunkte. Bei Reizung mit dem constanten Strome treten objektive Erscheinungen auf, am negativen Pole ziehen sich die äusseren Hautlagen nach oben und werden dunkel gefärbt, eine gelblich-weisse, zähe Masse quillt hervor, die alkalisch reagirt; an den meisten Hautstellen tritt Schmerzempfindung auf; am positiven Pole treten dieselben Phänomene auf, doch reagirt die Absonderung sauer und die Schmerzempfindung ist vielleicht weniger intensiv; zur Erreichung dieser Wirkung am positiven Pole ist im Allgemeinen ein stärkerer Strom erforderlich. An den Kältepunkten kann man sowohl beim Schlusse, als bei der Oeffnung, als während des Stromes Kälteempfindung erhalten, an Wärmepunkten nur während des Stromes Wärmeempfindungen, und zwar etwas schwieriger; der Schmerz ist an den Temperaturpunkten bisweilen weniger intensiv und kann auch ausbleiben. Diese Erscheinungen beruhen nach A. wahrscheinlich auf elektrolytischen Processen.

Die paradoxe Kälteempfindung Frey's hat A. bestätigen können und, um mechanische Reizung ausschliessen zu können, mittels einer Linse mit 6 cm Fokaldistanz controlirt, die jedoch eine besondere schräge Stellung einnehmen muss, so dass sich eine Brennfläche bildet, weil der punktförmige Brennpunkt bei Sonnenschein nur Schmerzempfindung erregt. Eine paradoxe Wärmeempfindung hervorzurufen, ist A. nicht gelungen.

Mit concentrirter Schwefelsäure konnte an den Temperaturpunkten Temperaturempfindung ausgelöst werden, ebenso mit Salpetersäure und Natronlauge, doch war dabei Schmerzempfindung vorhanden, die Wärmeempfindung trat bedeutend später als die Schmerzempfindung auf, die Kälteempfindung manchmal früher, gleichzeitig, oder etwas später. A. wird dadurch in der Ansicht bestärkt, dass die Wärmepunkte tiefer unter der Hautfläche liegen als die Kältepunkte.

Für Druckempfindungen sind die Temperaturpunkte nach A.'s Erfahrungen weniger empfindlich als die eigentlichen Druckpunkte; bei Erregung von Schmerz durch Reizmittel nimmt A. an, dass man nicht den Temperaturpunkt genau getroffen habe, wenn nicht gleichzeitig eine Temperaturempfindung entsteht. A. hat gefunden, dass die meisten Temperaturpunkte für durch Stechen erregten Schmerz analgetisch sind, ebenso für durch Temperatur erregten, weniger sicher lässt sich dies für den durch Elektricität erzeugten Schmerz feststellen. Ermüdung der Temperaturpunkte scheint für mechanische Reize eher einzutreten als für thermische.

Die Temperaturpunkte, und zwar in erster Reihe die Wärmepunkte sind oft in kleineren Gruppen oder auch in Reihen angeordnet.

Walter Berger (Leipzig).

477. **Zur Casuistik der Missbildungen des menschlichen Körpers**; von H. Hammer. (Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 1. p. 67. 1897.)

H. beschreibt zunächst zwei *Hydrencephalocelen*, die beide durch abnorme Verwachsungen des Amnion mit dem Embryo verursacht waren.

Im *ersten Falle* war ausser einer kreuzergrossen

Lücke im linken Scheitelbeine, durch die die Encephalocele ausgetreten war, auch eine schlitzförmige Lücke des Wirbelkanales im Bereiche der ersten 4 Halswirbel mit einer Myelocele cervicalis vorhanden.

Im *zweiten Falle* lag eine echte Hydrencephalocele anterior vor, bedingt durch einen Defekt beider Nasenbeine und des Siebbeines.

Im *dritten* interessantesten Falle handelte es sich um eine *Ekstrophia vesicae urinariae*. Ausser der Spaltbildung im Bereiche der unteren Vorderbauchdecken und der ekstrophirten und invertirten Harnblase fand sich ein Defekt in der Anlage der äusseren Genitalien, völliges Fehlen einer Analöffnung, eine linksseitige Ovarialcyste, Fehlen der Vagina. Die Mündung des 30 cm langen Dünndarmes fand sich in der Mitte der ekstrophirten Harnblase in Form eines penisartigen Gebildes (Inversion des Dünndarmes). Der Dickdarm fehlte. Dagegen lagen im kleinen Becken, symmetrisch zu beiden Seiten des Kreuzbeines zwei schlauchartige, oben blind endigende Gebilde, die ihre Ausmündung seitlich von dem Dünndarme ebenfalls in der Harnblase hatten. Sie wurden nach der mikroskopischen Untersuchung als Reste der ursprünglichen Anlage des Dickdarmes (Cöcum und Rectumanlage) gedeutet, die durch Herauswachsen der Allantois aus der Darmanlage von den oberen Darmpartien abgeschnitten wurden, nach oben obliterirten, während sie nach unten ihre Ausmündung in die Harnblase fanden.

F. Krumm (Karlsruhe).

478. **Ueber einen Fall von fast vollständigem Defekt des rechten Musculus cucullaris und des rechten Musculus sternocleidomastoideus**; von Dr. Paul Stange in Göttingen. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 26. 1896.)

Die seltene Muskeldeformität wurde bei einem 33jähr. Hüttenmann beobachtet, dessen Muskulatur im Uebrigen ausserordentlich gut ausgebildet war. Schon bei ruhigem Stehen war es auffallend, dass die rechte Halspartie im Vergleiche zur linken steiler abfiel, und die links deutlich vorspringende Sehne des Sternocleidomastoideus rechts gar nicht zu sehen war. Ebenso zeigte sich die rechte Schultergegend stark abgeflacht, das rechte Schulterblatt war mit seiner Basis weiter von der Wirbelsäule entfernt als das linke. Bei Drehbewegungen des Kopfes, beim Zurückziehen der Schultern, beim Heben des rechten Armes nach vorn oder zur Seite traten die Abweichungen noch deutlicher hervor. Nur vereinzelte, elektrisch nicht mehr reizbare Muskelbündel im oberen Theile des Cucullaris und im Sternocleidomastoideus liessen sich ertasten. Trotz des Defektes war so gut wie kein Ausfall in der Bewegung des Kopfes und des Armes vorhanden. Andere Muskeln mussten also die Funktionen der fehlenden mit übernommen haben (deutliche Hypertrophie des rechten M. levator scapulae, der Rhomboidei, des M. splenius, omohyoideus, der oberen Partie des rechten M. pectoralis major, sowie einiger Faserbündel des Platysma).

Die Aetiologie ist unklar. Annahme einer rudimentären, frühzeitig stationär gewordenen progressiven Dystrophia musculorum? Die Störungen im Larynx und im Nervensystem, die den Kranken veranlasst hatten, die Hülfe der Klinik aufzusuchen, standen mit der Muskeldeformität nicht in Zusammenhang. Patzki (Leipzig).

479. **Ein Fall von angeborenem Brustmuskeldefekt mit Atrophie des Armes und Schwimmhautbildung**; von Dr. Hofmann in Zürich. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 163. 1896.)

H. beobachtete die seltene Entwickelungsanomalie bei einem 47jähr., ziemlich kräftig gebauten Manne. Es fehlte bei ihm vollständig die Portio sternocostalis des rechten M. pectoralis major, unterhalb dessen deutlich hervortretender Clavicularportion dementsprechend eine starke Abflachung der rechten vorderen Thoraxwand bis zur 6. Rippe auffiel. Der M. pectoralis minor war gut entwickelt. Länge und Umfang des rechten Oberarmes, Vorderarmes und der Hand blieben gegen links beträchtlich zurück; die einzelnen Finger, sämmtlich verkürzt, am meisten der Mittelfinger, am wenigsten der Daumen, standen in Klauenstellung durch Volarflexion der 3. Phalangen. Grösse und Beweglichkeit der Phalangen zeigten mannigfache Anomalien, am kleinen Finger war eine mittlere Phalanx überhaupt nicht zu fühlen. Zwischen Zeige- und Mittelfinger, sowie zwischen diesem und dem 4. Finger, spannte sich eine Hautbrücke bis zur Mitte der ersten Phalanx, zwischen 4. und 5. Finger eine solche fast bis zum distalen Ende. Bewegungen der Finger waren nur im Metacarpophalangealgelenke möglich. Die Bewegungen des ganzen Armes aber wurden mit derselben Kraft und Gewandheit wie links ausgeführt, obwohl keine den Defekt compensirende Hypertrophie eines anderen, ähnlich wirkenden Muskels zu finden war.

H. giebt im Anschlusse an diese Mittheilung eine Zusammenstellung aller bis jetzt veröffentlichten Fälle von Brustmuskeldefekt, insbesondere der 10 bisher beobachteten, bei denen sich dieser Defekt mit Flug- und Schwimmhautbildung vereint vorfand, und entwickelt die Merkmale, die bei der Unterscheidung zwischen angeborenem und erworbenem Leiden zu beachten sind.

Patzki (Leipzig).

480. **Die direkte Erregung der Athmungscentra durch den Weingeist**; von Dr. Willmanns. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 167. 1897.)

Trotz früherer Versuche von Binz, die zeigten, dass Alkohol, in kleinen Dosen intravenös eingeführt, die Athemgrösse deutlich erhöht, ist diese Thatsache, nämlich, dass es sich dabei um eine centrale Erregung handelt, von Jacquet angezweifelt worden. Er suchte nach einer anderen Deutung der schliesslich auch von ihm beobachteten Hebung der Athemgrösse. Er gab Alkohol per os und meinte, Hyperämie der Magenschleimhaut eintreten zu sehen; auf diese schiebt er die Steigerung der Athemgrösse.

W. untersuchte diese Frage, indem er auch Jacquet's Versuche nachmachte, noch einmal, zunächst an Kaninchen. Er fand, dass die Erhöhung stattfand, gleichviel auf welche Weise man den Alkohol einführte. Sie geschieht auch ohne sensiblen Reiz auf die äussere Haut oder die Schleimhaut.

W. stellte auch Versuche an Menschen an, wobei gleichfalls bedeutende Hebung der Athmungsgrösse constatirt wurde. V. Lehmann (Berlin).

481. **On the mode of absorption of fats**; by B. Moore and D. P. Rockwood. (Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 58. 1897.)

Indem M. und R. auf die schon früher festgestellte Löslichkeit freier Fettsäuren in Galle hinweisen, stellen sie die Ansicht auf, dass das Nahrungsfett wenigstens theilweise als Lösung von Fettsäuren in Galle zur Resorption gelangt. Bei der Lösung der Fettsäuren in Galle wird die vorher alkalische Reaktion der Galle zur saueren (gegen

Lakmus). Auch reagirt der Dünndarminhalt beim Hunde zum grössten Theile sauer; diese Reaktion wird aber durch Fettsäuren hervorgebracht, es können also daneben noch ganz gut Seifen existiren. Es braucht auch zum Transporte der Seifen in die Zottenepithelien nicht viel Alkali vorhanden zu sein, denn in den Zotten können die Seifen gespalten und das resultirende Alkali kann wieder in den Dünndarm abgegeben werden.

Dass die Fette als Emulsion resorbirt werden, können M. und R. nicht annehmen.

V. Lehmann (Berlin).

482. **Ueber den Einfluss des Thyreoidins auf den Stoffwechsel**; von A. Gürber. (Sitz.-Ber. d. physik.-med. Gesellsch. zu Würzburg Nr. 7. p. 101. 1896.)

Steigerung des Stoffwechsels nach Thyreoidingebrauch war bei Hunden und Menschen bereits bekannt. G. hat den Einfluss des Thyreoidins auf Kaninchen untersuchen lassen, da von diesen Thieren behauptet wird, dass ihnen die Exstirpation der Schilddrüse nicht schade.

Es ergab sich auch bei Kaninchen die Steigerung des respiratorischen Stoffwechsels und der Stickstoffausscheidung, sowie das Sinken des Körpergewichtes. V. Lehmann (Berlin).

483. **De la réduction des substances solides et des albumines à l'état de repos dans un muscle tétanisé**; par D. Kuraöff. (Arch. russ. de Pathol. II. p. 724. 1896.)

Die Verminderung der festen Substanzen im Allgemeinen und der verschiedenen Eiweisskörper im Besonderen, die in den Muskeln nach ihrer Thätigkeit vor sich geht, hängt nach K.'s Untersuchungen von der Länge der Ruhezeit ab, selbst bei Hungerthieren. Während der Erholung der in Thätigkeit gewesenen Muskeln vermindern sich die festen Substanzen in den im Ruhezustand verbliebenen Muskeln. Folglich ist anzunehmen, dass dieser Verlust bestimmt ist, die Verluste in den tetanisirten Muskeln zu decken. Amputirt man vorher eine der in Ruhe gelassenen Extremitäten, so erleidet dieser Ersatz in den tetanisirten Muskeln Störungen und bleibt unvollkommen.

Teichmann (Berlin).

484. **Muskelarbeit und Glykogenverbrauch.** *II. u. III. Mittheil.;* von J. Seegen. (Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 5 u. 6. p. 383. 511. 1896.)

In seinen neuen Versuchen fand S., ganz übereinstimmend mit seinen früheren, dass der Glykogenverbrauch im Muskel mit Rücksicht auf die geleistete Arbeit ein überaus grosser ist und dass nur ein geringer Bruchtheil der in dem verbrauchten Glykogen zugeführten Spannkraft in der mechanischen Arbeitleistung zum Ausdruck kommt. Es ist hierbei gleich, ob die Muskelcontraktion durch Reizung des Muskels oder des Nerven erfolgt. Auch blosse Nervendurchschneidung ohne Reizung kann übrigens schon beträchtlichen Glykogenschwund veranlassen. Auch im curarisirten Muskel findet bei tetanischer Reizung beträchtlicher Glykogenschwund statt.

S. konnte nicht nur bei tetanischer Reizung des Muskels, sondern auch bei normaler Arbeit des Thieres ermitteln, dass das Glykogen der Muskeln nur zum kleinsten Theile die Kraftquelle darstellt. V. Lehmann (Berlin).

485. **De l'influence du froid sur la sécrétion urinaire**; par M. Lambert. (Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 129. Janv. 1897.)

Die Vermehrung der Harnmenge durch Kältewirkung auf die Haut ist von L. näher untersucht worden. Sie tritt sofort mit Beginn des Reizes oder nachträglich ein. Die sofortige Vermehrung beruht darauf, dass erhöhter Blutdruck auf eine sich erweiternde oder nur schwach zusammenziehende Niere wirkt; die nachträgliche Vermehrung beruht auf schneller Herabsetzung des Tonus der Nierengefässe.

Vielleicht spielen auch die Sekretionsnerven der Nieren eine Rolle. V. Lehmann (Berlin).

486. **Physiologische Kochsalzlösung — Isotonie — osmotischer Druck**; von Dr. Hans Koeppe. (Arch. f. d. ges. Physiol. LXV. 9 u. 10. p. 492. 1897.)

K. zeigt, dass „physiologische Kochsalzlösung“ gar kein bestimmter Begriff ist, sondern etwa von 0.5% bis 1.0% schwankt, dass sie ferner meist gar keine indifferente Flüssigkeit, d. h. den Körpersäften oder halbflüssigen Gewebemassen nicht isotonisch ist. Er zeigt ferner, dass „isotonische Lösung“ in verschiedenem Sinne gebraucht worden ist und der Ausdruck daher sehr geeignet ist, Verwirrung anzurichten. Es ist am einfachsten, immer den „osmotischen Druck“ der Lösung anzugeben, dessen Bestimmung K. bespricht.

V. Lehmann (Berlin).

487. **Beitrag zur experimentellen Bestimmung geometrisch-optischer Täuschungen**; von Ernst Burmester. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XII. 5 u. 6. p. 355. 1896.)

B. hat mit Zuhülfenahme eines eigens construirten Apparates den Grad der geometrisch-optischen Täuschung bei der Poggendorff'schen Figur und der Delboeuf'schen Schenkelfigur durch Bestimmung des Winkelverhältnisses, der Breite und Länge der Linien u. s. w. aufzufinden gesucht und hierfür bestimmte Gesetze aufgestellt. Mit der Ueberschätzung spitzer Winkel lässt sich die geometrische Täuschung und die Parallelverschiebung am besten und leichtesten erklären.

B.'s Gesetz lautet: Bei der Poggendorff'schen Figur ist die Verschiebung der geraden

Stücke proportional der Breite des Streifens und der Cotangente des Neigungswinkels der Transversalen. Bei der Schenkelfigur besteht für die Verschiebung der Schenkel das gleiche Gesetz.

Die zahlreichen Tabellen, Figurentafeln und Erklärungen sind nur im Zusammenhange der Originalarbeit verständlich.

Lamhofer (Leipzig).

488. **Ueber die Rauhigkeit tiefer Töne**; von Max Meyer. (Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorgane XIII. 1 u. 2. p. 75. 1896.)

M. will „gegen die überall herumspukende Behauptung, dass tiefe Töne discontinuirlich seien, Front machen". Dabei giebt M. an, dass nach seiner Ansicht Preyer Recht habe, wenn er direkt erzeugte tiefe Töne bis zu ungefähr einer Schwingungzahl von 300 discontinuirlich nenne, nur nimmt er an, dass nicht eine Rauhigkeit der tiefen Töne selbst vorliege, sondern ein neben den Tönen einhergehendes Geräusch, das mit dem Tone gar nichts zu thun habe, sondern nur eine mit den tieferen Tönen verbundene zufällige Begleiterscheinung sei, das auf Reibungsgeräusche der bewegten Stimmgabel oder vielleicht auf Geräusch verursachenden Erschütterungen in unserem Gehörorgan beruhe. Bei hohen Tönen sind diese Geräusche auch vorhanden, aber so schwach, dass sie unter der Reizschwelle liegen.

Lamhofer (Leipzig).

III. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

489. **1) Ueber die vermuthliche Toxicität der Enzyme**; von Dr. Claudio Fermi. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 51. 1896.)

2) Zur Erwiderung auf den Aufsatz von Fermi; von Dr. H. Kionka. (Ebenda.)

1) Fermi bestreitet, dass die Enzyme in absolut sterilem Zustande giftig seien; seine Versuchsthiere hätten wiederholte starke Einspritzungen von solchen ohne Schaden vertragen, dagegen seien Controlthiere, denen nicht sterilisirte Enzyme, z. B. die meist stark durch Bakterien verunreinigten Trypsinpräparate, eingespritzt wurden, rasch zu Grunde gegangen.

2) Kionka bestreitet, dass sterilisirte Enzyme unschädlich seien; er habe seine Enzyme mit schwacher Sublimatlösung von Bakterien befreit; doch gerade dieses Verfahren erklärt Fermi für unzulänglich.

Wir glauben, dass man künftig einen anderen, einwandfreien Weg zur Herstellung absolut reiner Enzyme wählen und so die Frage über ihre Toxicität leicht lösen wird. Radestock (Dresden).

490. **Des sarcosporidies et de leur rôle dans la pathogénie des myosites**; par L. Pluymers. (Arch. de Méd. expérim. etc. VIII. 6. p. 761. 1896.)

Pl. hat den Einfluss der Sarkosporidien auf das Muskelgewebe ihrer Träger eingehend studirt und erläutert seine Ausführungen durch 11 gute mikroskopische Bilder. Er betrachtet diese Gregarinen als meist harmlose Parasiten vieler Thiere, seltener des Menschen. Bisweilen führen sie eine Zerstörung der sie heherbergenden Muskelfaser durch ihr starkes Wachsthum herbei, ein Zerplatzen der Faser, an das sich eine Entzündung anschliesst, die schliesslich mit der bindegewebigen Einkapselung des Parasiten endigt. Diese Myositis kann tödtlich enden, sobald Herz oder Zwerchfell die befallenen Muskeln sind (wie bei Trichinose).

Radestock (Dresden).

491. **Zur Kenntniss der Muskelveränderungen bei der Trichinose des Kaninchens**; von Oskar Ehrhardt. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XX. 1. p. 43. 1896.)

An einem Materiale von weit über 30 trichinös inficirten Kaninchen studirte E. die trichinösen Muskelveränderungen, um mit Hülfe der neueren Untersuchungsmethoden vielleicht auch nebenbei Aufschlüsse über die Muskelregeneration zu gewinnen.

Zunächst ist hervorzuheben, dass nicht nur die trichinenhaltigen Fasern, sondern auch die Nachbarfasern Veränderungen aufweisen, so dass um jede Trichine gleichsam ein Entzündungsherd sich findet, der durch die Stoffwechselprodukte des Parasiten erzeugt wird. Die Veränderung jedoch, die nur den trichinenhaltigen Fasern zukommt, ist die körnige Entartung. Sie befällt aber immer nur einen Theil der Faser und lässt die Stümpfe frei. Auch wachsige Degeneration kommt vor, jedoch nur in der Umgebung, nicht an den trichinenhaltigen Fasern selbst, und zwar nie vor dem 13. Tage nach der Infektion. Diese Fasern zeigen dann oft Spaltbildung, in die Spalten dringen Leukocyten und Wanderzellen bindegewebiger Abkunft ein. Diese Zellen nehmen zu, vernichten allmählich die wachsige Masse, schliesslich degeneriren sie selbst fettig, nunmehr beginnt auch die Faser sich zu regeneriren. Eine dritte Veränderung, die auch nicht trichinenhaltige Fasern betrifft, ist die hydropische Entartung, die etwa am 13. Tage beginnt, nach dem 25. Tage aber schon wieder verschwunden ist. Aus kleinen spindelförmigen Spalten zwischen den Muskelfibrillen entstehen Vacuolen, diese drängen die Fasern immer mehr auseinander, die nun auch ihre Querstreifung verlieren; schliesslich gehen auch die Scheidewände zum Theil zu Grunde. Manchmal wandern Zellen hinein, meist aber wird die Flüssigkeit einfach resorbirt. Die letzte Veränderung, die zu beobachten ist, ist die Verfettung.

Weiter wurde das Verhalten der Muskelkerne untersucht. Sie sind ausserordentlich vermehrt, so dass die Kerne in das Innere der Fasern hineinrücken. Was die Art der Bildung anlangt, so herrscht in der ersten Zeit die direkte Kerntheilung vor, und zwar auf der Höhe der Entwickelung in einer Ausdehnung, dass oft mehr als 30 Kerne hintereinander liegen. Manchmal wachsen auch die Muskelkerne zu langen Kernstäben aus, ohne dass sie in Tochterkerne zerfallen. Manchmal theilt sich auch der Kern in der Längsrichtung, so dass dann brombeerartige Haufen von Einzelkernen entstehen. Mitotische Theilung ist hier entschieden seltener, jedenfalls tritt sie erst später auf. Scheinbar kann sie auch an direkte Theilung sich anschliessen. Auch pluripolare indirekte Kerntheilung kommt vor. In das Innere der Fasern können die Kerne entschieden nur durch aktive Wanderung gelangen, da man gelappten Kernen begegnet, die an amöboide Formen erinnern. Ferner finden sich in den degenerirten Fasern mononucleäre und polynucleäre Leukocyten, endlich wohl auch Bindegewebewanderzellen, die etwa vom 16. Tage ab zu bemerken sind.

Lebhaft sind auch die degenerativen Vorgänge an den Kernen. 3 Wochen nach der Infektion finden sich neugebildete Kerne nur noch um die den Trichinen näher liegenden Fasern. Die Kerne gehen zu Grunde durch Verfettung und durch direkten Zerfall. Oft werden bläschenförmige Degenerationformen beobachtet, die in ödematöser Quellung ihren Grund haben.

Veränderungen am Bindegewebe wurden zunächst von manchen Autoren geleugnet; und es zeigt allerdings das Bindegewebe an den Stellen, wo auf der Wanderung begriffene Trichinen lagern, keine Reaktion. Bleiben die Parasiten aber liegen, so reagirt auch das Bindegewebe. Auch das Perimysium internum reagirt zunächst nicht, sondern erst nach einigen Tagen, wenn die chemischen Schädigungen eine gewisse Höhe erreicht haben. Am 11. Tage etwa tritt eine beträchtliche Hyperämie der Muskeln ein, die sich in grosser Erweiterung der Capillaren ausspricht; ungefähr gleichzeitig beobachtet man auch die erste Auswanderung von Leukocyten, so dass schliesslich eine echte interstitielle Myositis zu Stande kommt.

Hinsichtlich der Verbreitung der Trichinen ist es wohl jetzt am wahrscheinlichsten, dass sie nicht im Darm geboren werden, sondern dass die Muttertrichine in das centrale Chylusgefäss der Darmzotte eindringt und die Nachkommenschaft in den Lymphstrom entleert. So werden sie in die nächsten Mesenterialdrüsen geschleppt und gelangen von da wohl durch aktive Wanderung in die Muskeln, was allerdings oft schubweise geschieht. Der Parasit dringt in den Sarcolemmschlauch ein und bleibt zwischen den Fibrillen liegen. Hier wächst er aus und rollt sich dann spiralig auf. Nun beginnt auch die Kapselbildung. Ueber diesen Vorgang ist viel gestritten worden. Wahrscheinlich bildet sich die Kapsel so, dass das Sarcolemm sich verdickt und gleichartig wird. Darum lagern sich Granulationzellen, epithelioide Zellen und Fibroblasten, und zwar senkrecht zur Faserachse, vorwiegend an den Enden des Sarcolemmschlauches, die dann durch Schrumpfung oben und unten den Schlauch zur Kapsel abschliessen. Schliesslich lagert sich in der Kapsel Kalk ab. E. Hüfler (Chemnitz).

492. **Ueber physiologischen Gewebsschwund**; von Dr. W. Noetzel in Halle. (Fortschr. d. Med. XIV. 22. 1896.)

N. hat früher mit Eberth nachgewiesen, dass die physiologische Resorption der Muskeln des Froschlarvenschwanzes in der Art abläuft, dass durch Wucherung des Sarkoplasma besondere Zellen entstehen, denen die Aufgabe zufällt, die alte Muskelsubstanz zu verarbeiten. Bei neueren Untersuchungen über denselben Gegenstand fand er jetzt bei dem physiologischen Muskelschwund der Fliegenpuppen, dass dieser nicht durch Sarkoplasmazellen veranlasst wird; die Muskelfasern zerfallen vielmehr in Stücke, die wie gewöhnliche Fremdkörper von *Leukocyten* aufgenommen werden; mindestens eben so viel Muskelmaterial löst sich ausserdem einfach in der Leibesflüssigkeit auf, wobei Vacuolen auftreten und die Querstreifung schwindet. Positive Chemotaxis (seitens der zerfallenen Muskelelemente) ist nicht nachweisbar; die Gegenwart der Leukocyten überall um die Muskeltrümmer herum erklärt sich aus der freien Cirkulation des Blutes in allen vorhandenen Spalten. Beneke (Braunschweig).

493. **Zur Frage der Entstehung der Riesenzellen aus Endothelien**; von Prosektor Dr. Anton Brosch in Wien. (Virchow's Arch. CXLIV. 2. p. 289. 1896.)

Br. hat in einem mit Tuberkulose der Lunge combinirten Fall von Endotheliom der Pleura Studien über die Entstehung der tuberkulösen Riesenzellen gemacht und vertritt danach die Anschauung, dass diese sich aus einer Umwandlung junger Gefässe entwickeln. Hierfür sprach einerseits schon die allgemeine Anordnung der sehr zahlreichen Riesenzellen und Gefässe in der Pleuraschwarte, indem beide Bildungen sich gegenseitig zu ergänzen schienen. Der Zellenleib der Riesenzellen entsprach der Färbbarkeit nach nekrotischem Material; die peripherischen ringartig angeordneten Kerne schienen bisweilen durch das nekrotische Material durchbrochen zu werden; die Bilder glichen jungen Gefässen, in deren Lumen mehr oder weniger homogene Massen eingeschlossen waren; Br. konnte „alle Uebergänge von Gefässen mit zerfallendem Inhalte bis zu Riesenzellen verfolgen, welche in ihrer Anordnung an den geschlängelten Verlauf eines Gefässes erinnern“. Die Degeneration der Gefässe an einzelnen Punkten

hängt mit einer besonderen varikösen Schlängelung zusammen. Besonders beweisend für seine Anschauung schienen Br. solche Gefässe zu sein, deren Querschnitt einen inneren freien Zellenring frei im Lumen aufwies. Dieser Ring stellt die auf Grund einer krankhaften Störung entstandene Ablösung der Intima dar, welchem Process sich eine Degeneration des Blutes an der betr. Stelle anschliessen könne. Die so entstehenden Bilder gleichen in Bezug auf die Kernanordnung genau bestimmten grösseren Riesenzellen mit doppelten Kernreihen. Auch die Wucherung kranker Intimazellen spielt möglicherweise bei der Bildung der Riesenzellen eine Rolle.

Beneke (Braunschweig).

494. **Les processus d'oxydation, de réduction et de synthèse chez les animaux thyréoïdectomisés**; par le Dr. V. Duccesohi. (Arch. ital. de Biol. XXVI. 2. p. 209. 1896.)

D. konnte bei thyreoïdektomirten Hunden folgende Veränderungen im Stoffwechsel feststellen: Es wird bedeutend mehr Gesammtschwefel im Urin ausgeschieden als vor der Operation; es zerfällt also mehr Eiweiss. Ferner verringert sich das Verhältniss des sauren Schwefels zum neutralen in geringem Grade. Eingegebenes Phenol erscheint in etwas grösserer Menge unverändert im Urin wieder. Es kann daher auf geringe Verminderung der Oxydationen geschlossen werden. Auch die Fähigkeit der Synthese erscheint etwas eingeschränkt, da verhältnissmässig weniger Aetherschwefelsäuren ausgeschieden wurden.

V. Lehmann (Berlin).

495. **L'action du liquide thyroïdien sur le système nerveux central**; par le Dr. L. Haskovec. (Revue neurol. IV. 7. p. 193. Avril 1896.)

Nach Injektion eines wässerigen Schilddrüsenextraktes erhält man beim Hunde Beschleunigung des Pulses und Herabsetzung des intraarteriellen Blutdruckes. Durch experimentelle Durchschneidung des Bulbus wurde nachgewiesen, dass die Beschleunigung des Pulses eine direkte Folge der intrabulbären Reizung der beschleunigenden Herznerven ist; die Herabsetzung des Blutdruckes hingegen kann wohl auch von spinalen Centren oder von der Peripherie ausgehen.

E. Hüfler (Chemnitz).

496. **Studio della bile in ordine al suo contenuto urobilinico e transformabilità in urobilina**; pel Giovanni Cavalli. (Arch. ital. di clin. med. XXV. 3. p. 394. 1896.)

Wenn die Leber sich in gesundem Zustande befindet oder nur in geringem Maasse krankhaft verändert ist, so enthalten die Fäces, wie auch der Urin nur sehr geringe Mengen von Urobilin. Dieser schwache Urobilingehalt muss als normal betrachtet werden. Er nimmt zu bei gewissen pathologischen Zuständen der Leber, wie auch dann, wenn aus irgend einer Ursache die rothen Blutkörperchen einer Zerstörung anheimgefallen sind, weil dann die Leberzellen eine grössere Menge von Hämoglobin in Gallenpigment umwandeln.

Was insbesondere die Fettinfiltration der Leber anlangt, so hat C. im Gegensatze zu Anderen gefunden, dass dieses Leiden zweifellos einen Einfluss auf die Funktion der Leberzellen ausübt, indem der Urobilingehalt der Fäces und des Urins gesteigert ist. Vielleicht trägt hierzu noch die Zerstörung von Blutkörperchen bei, die in solchen Fällen vorkommt.

Bei Lebercongestion ist der Urobilingehalt ebenfalls gesteigert. Es lässt sich aber kaum feststellen, ob diese Affektion die Ursache der gesteigerten Urobilinausscheidung ist, weil sie in den von C. berücksichtigten Fällen immer in Gemeinschaft mit anderen Krankheiten beobachtet wurde, die eine starke Störung auf die Gesammtfunktion des Organismus ausübten und mit einer umfangreichen Zerstörung von Blutkörperchen einhergingen.

Ganz besonders gross ist der Urobilingehalt der Fäces und des Urins bei Lebercarcinom und bei Lebercirrhose.

Selbst wenn die Leber bei der mikroskopischen Untersuchung gar keine Veränderung zeigt, kann der Urobilingehalt doch gesteigert sein, und zwar wie bereits oben angedeutet wurde, in Folge von Veränderungen im Blute. Dann ist die Urobilinausscheidung nicht, wie Hayem annimmt, durch eine Insufficienz der Leber, sondern vielmehr im Gegentheile durch eine gesteigerte Thätigkeit dieses Organes bedingt.

Emanuel Fink (Hamburg).

497. **Ueber arterielle Luftembolie**; von Richard Heller, Wilhelm Mager, Hermann von Schrötter. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 113. 1897.)

Nach einem Ueberblicke über das, was wir bisher über Luft in den Blutgefässen gewusst haben, berichten Vff. über ihre eigenen, an Hunden ausgeführten Versuche. Als Hauptergebniss dieser Versuche betrachten sie den Nachweis, dass zweifellos Luft von den Arterien durch die Capillaren in die Venen gelangen, mit dem Blute kreisen kann. „Wir haben durch unsere Injektionen in das System des linken Herzens gezeigt, dass es am lebenden Thier gelingt, den ganzen Kreislauf mit Luft zu füllen und dass diese Füllung durch das Passiren der Gasblasen durch das Capillarsystem des grossen Kreislaufs und das Capillarsystem des Lungenkreislaufs bewirkt wird.“ Vff. meinen, dass sie dieses Ergebniss der Anordnung ihrer Versuche verdanken. Sie spritzten die Luft in die Arterien, dabei blieb der linke Ventrikel, wenigstens zu Anfang ungeschädigt und kräftig genug, um die Luftblasen durch die Capillaren hindurch zu treiben. Spritzt man die Luft in die Venen, so wird das Herz im Ganzen schneller geschädigt und der rechte Ventrikel ist nicht kräftig

genug, um die Luftblasen durch die Lungen kreisen zu lassen.

„Endlich haben wir noch zeigen können, dass die in's Gefässsystem eingebrachte Luft unter erhöhtem Luftdruck und nachfolgender langsamer Decompression rasch resorbirt und eliminirt werden kann, und die Abgabe derselben durch Respiration eines stickstoffarmen Gasgemisches bedeutend erleichtert werden kann." Dippe.

498. **Experimentelle Studien über die Wiederausdehnung der Lunge bei offener Brusthöhle, insbesondere nach der Operation des Empyems**; Habilitationsschrift von Dr. H. Reineboth in Halle a. S. (Leipzig 1897. Druck von J. B. Hirschfeld. S. a. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 178. 1897.)

B. fasst seine Hauptergebnisse in folgenden Sätzen zusammen: „Durch wiederholte Aufblähungen der collabirten Lunge von der anderen Seite aus, wie es beim Husten und Pressen geschieht, kann an und für sich, wenn diese forcirten Exspirationen bei geschlossener Glottis öfter wiederkehren, eine allmähliche Dehnung der collabirten Lunge und damit eine gewisse Wiederausdehnung derselben erfolgen. Mehr vielleicht als durch diesen Modus wird die Wiederausdehnung der Lunge im Pneumothorax dadurch bewirkt, dass durch Husten und Pressen in Folge Ventilwirkung des Verbandes ein negativer Druck in der Pleurahöhle entsteht, welcher die durch das Husten aufgeblähte Lunge eine Zeit lang in Ausdehnung erhält. Ferner erfolgen nach dem Husten gewöhnlich tiefere Inspirationen, welche jetzt, bei dem negativen Druck in der Pneumothoraxhöhle, eine um so wirksamere inspiratorische Ausdehnung der Lunge bewirken." Dazu kommt noch ein gewisser Werth der Verwachsungen, bez. Verklebungen, der Resorption der Luft durch die Pleurahöhle, der Elasticitätverminderung der Lunge. Dippe.

499. **Les cornes cutanées dans l'espèce humaine**; par L. Laloy. (Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIII. 9. p. 311. 1896.)

L. hatte Gelegenheit, bei einer 65jähr. Frau ein Cornu cutaneum der behaarten Kopfhaut von ungewöhnlicher Grösse zu beobachten. Es entsprang in der Mitte zwischen Stirn und Hinterhaupt, etwas rechts von der Medianlinie und hatte eine doppelte Krümmung, in der Sagittalen und in der Frontalebene. Seine Gesammtlänge betrug gegen 16 cm, sein Umfang etwa 6 cm. An der concaven Seite zeigte es eine deutliche Furche. Zur Zeit der Beobachtung bestand es 10 Jahre und hatte sich nach den Angaben der Kr. wahrscheinlich auf dem Boden eines vereiterten Atheroms entwickelt. Es fanden sich ausserdem umfangreiche Atherome am Nacken, die die Kr. zu einer gebückten Kopfhaltung zwangen. An der Basis ging das Horn ohne scharfe Grenzen in eine Zone gerötheter Haut über. Nach seiner Abtragung oberhalb dieser Zone wuchs es während einer längeren Beobachtung nicht wieder nach. Teichmann (Berlin).

500. **Eine Hymenalcyste und ein Atherom des Labium minus bei einer Erwachsenen**; *zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Hymenalcysten*; von Dr. Richard Palm in München. (Arch. f. Gynäkol. LI. 3. p. 483. 1896.)

Die zufällig entdeckte, etwa erbsengrosse Hymenalcyste war mit mehrschichtigem Plattenepithel ausgekleidet und besass eine Wand aus lockerem Bindegewebe mit eingestreuten glatten Muskelzellen. Ihr Inhalt bildete nach Alkoholbehandlung eine gleichmässig homogene Masse von gelblich-brauner Farbe. Sie wird als Retentioncyste angesehen, hervorgegangen aus einer Talgdrüsenanlage im Hymen. Grosse Aehnlichkeit mit ihr besass ein gelegentlich gefundenes Atherom der kleinen Labie. Brosin (Dresden).

501. **Zur Aetiologie der sogenannten Kolpohyperplasia cystica**; von Dr. Otto Th. Lindenthal. (Wien. klin. Wchnschr. X. 1 u. 2. 1897.)

L. fand bei Kolpohyperplasia cystica, die er lieber *Emphysema vaginae* benennen möchte, in den mit Gas gefüllten Schleimhautcysten stets einen Bacillus, dessen Reincultur ihm gelang (was seiner Zeit Eisenlohr misslungen war) und der bei trächtigen Versuchsthieren ein gleichartiges Leiden erzeugte. Radestock (Dresden).

502. **Divertikel am Ureter bei Atresie des letzteren**; von Dr. W. Lindemann. (Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VI. 20. 1895.)

L. beobachtete bei jungen Kaninchen von Unterbindung des Ureters *dicht* an der Blase eine Divertikelbildung; dabei blieb die Funktion der Niere unverändert. Bei Hunden machte er diese Beobachtung nie. R. Klien (München).

503. **Rétrécissement mitral. — Obstruction embolique de l'aorte abdominale et des artères iliaques. — Embolie cérébrale**; par Charrier et E. Apert. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 766. 1896.)

Ch. und A. fanden bei der Sektion einer an Gehirnembolie gestorbenen 51jähr. Frau den unteren Theil der Aorta vollständig durch einen Embolus verlegt. Das Blutgerinnsel verstopfte die Aorta von der Abgangstelle der Art. mesaraica inf. an vollständig, ebenso verschloss es vollständig die Arteriae iliacae und die linke Art. cruralis bis in die Art. profunda femoris hinein. Trotzdem hatte die Gangrän nur den linken Fuss und einen Theil des Unterschenkels zu ergreifen begonnen, da sich rechterseits in den Bauchwandarterien und in der Art. circumflexa ilei ein genügender Collateralblutstrom etablirt hatte; linkerseits waren diese Hülfswege obturirt. Ch. und A. haben 11 weitere Fälle von Obliteration der unteren Aorta aus der Literatur zusammengestellt und ihre Ausführungen durch eine gute Skizze des Embolus erläutert. Radestock (Dresden).

504. **Syphilis tertiaire du larynx; gomme non ouverte du cricoïde**; par Gennes et Griffon. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 773. 1896.)

Ein Kehlkopfgummi, das die Erstickung eines Mannes herbeigeführt hatte, war durch seinen tiefen Sitz am Ringknorpel bemerkenswerth, sowie dadurch, dass es trotz langen Bestehens nicht zerfallen war. Radestock (Dresden).

505. **Brûlure de l'oesophage par l'ammoniaque, expulsion de la muqueuse oesophagienne**; par A. Gilbert et A. Grenet. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 806. 1896.)

G. und G. beobachteten einen Fall von Oesophagitis desquamativa bei einer Frau, die 100 g Salmiakgeist ge-

trunken hatte. Das in toto ausgebrochene Stück Schleimhautrohr maass 14 cm. Ueber den Ausgang können G. und G. nichts angeben, da die Kr. 7 Wochen später, als sie selbständig flüssige Nahrung zu sich nehmen konnte, sich der weiteren Behandlung entzog.

Radestock (Dresden).

506. **Ein zum grössten Theil aus Derivaten der Medullarplatte bestehendes grosses Teratom im 3. Ventrikel eines 7wöchentlichen Kindes**; von Dr. Fr. Saxer. (Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XX. 2. p. 399. 1896.)

Ein 7wöchiges Mädchen war angeblich mit normal grossem Kopfe geboren, hatte dann aber an Schädelumfang rapid zugenommen, so dass derselbe bald 45 cm betrug. Bei der *Sektion* fand sich ausser stark erweiterten Seitenventrikeln im 3. Ventrikel ein circa mannefaustgrosser knolliger Tumor, der mit der Tela chorioidea zusammenhing und in der Umgebung bedeutende Verdrängungserscheinungen hervorgerufen hatte. Bei der genau ausgeführten mikroskopischen Untersuchung ergab sich das überraschende Resultat, dass der Tumor zu reichlich $^3/_4$ seiner Masse aus fötaler Gehirnmasse bestand. Ausserdem wurden Theile nachgewiesen, die an die Bildung der sekundären Augenblase erinnerten, ferner Reste von Bindegewebe, Muskeln, Knorpel, Knochen und Epithelbildungen. Dieser Tumor musste, nach den anamnestischen Angaben zu schliessen, in der kurzen extrauterinen Lebenszeit ein ganz bedeutendes Wachsthum entwickelt haben. Interessant und bisher nicht beobachtet ist, dass sich die Geschwulst zum grössten Theile aus Gehirnmasse verschiedener Entwickelungsstadien zusammensetzte und dass diese im extrauterinen Leben unter Beibehaltung ihres fötalen Charakters in schrankenloser Weise, fast in der Art maligner Geschwülste, weiterwochern kann.

A. Boettiger (Hamburg).

507. **Idiotie due à un arrêt de développement du cerveau. — Microcéphalie**; par Charles Levi. (Bull. de la Soc. anat. X. 21. p. 810. 1896.)

Ein 3jähr. Kind, das später an Bronchopneumonie starb, litt an vollständiger Idiotie; es bestand ausgesprochene Mikrocephalie mit einem Schädelumfange von 39 cm und starkem Prognathismus. Bei der *Sektion* fanden sich keine Zeichen hereditärer Lues, auch keine organischen Erkrankungen des Hirns und seiner Adnexa, insbesondere keine Sklerose der Hirnmasse, kein Hydrocephalus. Dagegen war das Gehirn so klein und so schwach entwickelt wie das eines Affen, weshalb L. diese Missbildung als eine auf den Affentypus zurückverfallende Hemmungsmissbildung des Hirns im Sinne Vogt's zu erklären sucht.

Leider konnte L. über die Eltern des Kindes u. s. w. keine Erkundigungen einziehen. Wir glauben, dass hereditäre Momente eine näherliegende Auffassung des Falles zulassen würden.

Radestock (Dresden).

508. **Contribution à l'étude de l'inflammation de l'épendyme de la moelle épinière**; par A. Joffroy et Ch. Achard. (Arch. de Méd. expérim. VII. 1. p. 48. Janv. 1895.)

In einem Falle von Apoplexie mit Aphasie und Paraplegie mit Contrakturen fand man ausser dem Hirnherde und einer erweichten Stelle im Dorsalmarke, die zunächst für artificiell gehalten wurde, eine ausserordentliche Wucherung des Ependyms im Centralkanal, der theilweise ausgefüllt, theilweise verbreitert und zerklüftet war. Von hier aus erstreckten sich die Ependymwucherungen tief in das Gewebe hinein. Als epitheliomatöse Wucherung, als Neubildung konnte dies nicht aufgefasst werden, sondern erinnerte eher an gewisse Formen von Syringomyelie; es brauchte nur noch die sekundäre Gliawucherung hinzuzutreten, bez. sich noch mehr auszubilden, um die Aehnlichkeit vollkommen zu machen.

E. Hüfler (Chemnitz).

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

509. **Ueber den Begriff der cumulativen Wirkung in ihrem Verhältniss zu den Dosirungsgesetzen**; von Prof. Erich Harnack. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 44. 1896.)

Für jede wirksame Substanz giebt es eine Grenzdosis, unterhalb deren sie nicht mehr wirkt; bezeichnet man diese mit „g", so gilt für die stärkeren Dosen D und D^1, bezüglich der Intensität der Wirkungen nicht die einfache Proportion $I:I^1 = D:D^1$, sondern die Beziehung $I:I^1 = D-g:D^1-g$. Der Zuwachs an Wirkungsintensität steigt demnach in einem stärkeren Maasse, als die absolute Grösse der Dose steigt. Je nachdem die letale Dosis weit über der wirksamen liegt oder aber ihr sehr nahe gelegen ist, theilt H. die starkwirkenden Mittel in 2 Kategorien. Nur bei den Mitteln der letzteren Gruppe werden „cumulative" Wirkungen beobachtet, wie z. B. bei Digitoxin, Strychnin. Das Atropin hingegen ist ein Repräsentant der 1. Kategorie, denn es erzeugt gewisse Nervenwirkungen schon in Gaben von Bruchtheilen eines Milligramms, während seine Letaldosis für den Erwachsenen erst bei etwa 120 mg zu liegen scheint.

In hohem Grade bedauerlich ist es, dass die Praxis bei der Dosirung der Digitalis immer noch auf ein Präparat angewiesen ist, das eine genaue Dosirung gar nicht gestattet. H. empfiehlt statt der Digitalis das salzsaure Erythrophlein, das wegen seiner Leichtlöslichkeit in Wasser eine ganz genaue Dosirung gestattet. Es empfiehlt sich, mit etwa 1 mg zu beginnen und um $^1/_4$ mg zu steigen bis die sicher wirksame Dosis ermittelt ist.

H. Dreser (Göttingen).

510. **Versuche mit Thyreoantitoxin und Thyrojodin**; von Adolf Magnus-Levy. (Deutsche med. Wchnschr. XXII. 31. 1896.)

An einem 46jähr. Kranken, bei dem sporadischer Cretinismus mit Myxödem diagnosticirt worden war, stellte M.-L. Respirationsversuche an, indem er nach der Methode von Zuntz-Geppert den Sauerstoffverbrauch und die CO_2-Ausscheidung pro Minute feststellte in einer Vorperiode ohne Medikation, während der Medikation und in einer Nachperiode.

Es wurden *drei* Versuchsreihen angestellt, die erste mit den Schilddrüsentabletten von Borroughs, die zweite mit Fränkel's Thyreoantitoxin und die dritte mit Thyrojodin; die Dauer der Medikation betrug 19—24 Tage.

Die Untersuchung des Gaswechsels ergab bei diesem Kranken folgende höchst interessante Resultate: Der *Sauerstoffverbrauch stieg* bei den *Tabletten fast um 80%* seines Betrages in der Vorperiode ohne Medikation. In der zweiten Versuchsreihe mit *Thyreoantitoxin* trat *keine* Beeinflussung ein. Die Athemgrössen, der Sauerstoffverbrauch, die Pulsfrequenz stiegen nicht. Die dritte Versuchsreihe mit *Thyrojodin* stellte ein fast genaues, nur etwas gemildertes Abbild der ersten Versuchsreihe dar; das Thyrojodin übte fast die gleiche Wirkung aus, wie das Gesammtextrakt der Schilddrüse; das *Thyrojodin* erhöht wie dieses bei Myxödem den Gesammtumsatz des Körpers (Steigerung der Athemgrösse, der O-Absorption, der CO_2-Abgabe, Erniedrigung des respiratorischen Quotienten), vermindert durch Wasser-, Stickstoff- und Fettverlust das Körpergewicht, verleiht der Haut Glätte, Feuchtigkeit, lässt die Pulsfrequenz steigen u. s. w. Quantitativ ist die Wirkung gegenüber dem Gesammtextrakt milder, so dass keine subjektiven Störungen auftraten.

H. Dreser (Göttingen).

511. Absorption du fer et ses transformations chimiques dans le tube digestif; par le Prof. V. Cervello. (Arch. ital. de Biol. XXV. 3. p. 441. 1896.)

C. greift auf bereits im Jahre 1880 von ihm veröffentlichte Versuche zurück, die den Vorgang der Eisenresorption nach Darreichung mineralischer Eisensalze klarlegten. In seinen neueren Versuchen legt C. genauer die einzelnen Etappen dieses wichtigen Vorganges dar. Beim Zusammenbringen von zerkleinertem Froschmuskel mit 2proc. Eisenchloridlösung findet zunächst Reduktion zu Oxydul statt; alsdann erst geht das Eisen in die organische Verbindung mit dem Eiweiss ein, die dadurch charakterisirt ist, dass sie durch die gewöhnlichen Reagenzien, wie Blutlaugensalz, Tannin, Alkali, Rhodankalium, kein Eisen mehr erkennen lässt. Diese Bindung des Eisens erfolgt bereits in schwach sauren Lösungen; sie geschieht noch erheblich rascher bei alkalischer Reaktion und schneller mit dem Eiweiss organisirter Gewebe als mit präparirtem Eiereiweiss. Die Reaktion mit Schwefelammonium tritt nach erfolgter organischer Bindung nicht unmittelbar, sondern erst ganz allmählich ein. Auch der Versuch am Hunde bewies, dass nach Darreichung von Eisenchlorid neben Fütterung mit Eiweiss das Eisen im Darminhalte durch die gewöhnlichen Reagenzien nicht mehr nachweisbar war (nur Schwefelammon färbte erst nach mehreren Minuten und nur schwach); wohl war aber nach Zerlegung des Darminhaltes (z. B. durch starke Säuren) kräftige Eisenreaktion zu erhalten. Die dem Ferratin des Handels entsprechenden Verbindungen bilden sich demnach bei Eiweissnahrung aus dem mineralischen Eisensalze von selbst.

H. Dreser (Göttingen).

512. Ueber die Resorption des Eisens im Darm und seine Beziehung zur Blutbildung; von Dr. M. Cloetta. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 161. 1897.)

Cl. verfolgte zunächst die Ausscheidungswege, auf denen das *in Form von Ferratin* in die Blutbahn injicirte Eisen den Körper wieder verlässt. Da die Eisenmenge des Harns nicht gesteigert war, so folgt daraus, dass der Eisenüberschuss nicht durch die Niere eliminirt wird, sondern er wird, wie der meist sehr erheblich vermehrte Eisengehalt des Kothes beweist, durch die Darmwand fortgeschafft (besonders im Dickdarme nach den mikrochemischen Befunden von Hochhaus und Quincke).

Obwohl das Eisen im Ferratin bei der Magenverdauung durch die Salzsäure des Magens theilweise zerlegt wird, konnte Cl. dennoch bei Verfütterung einer bekannten Menge Ferratins während Milchdiät bei einem Hunde aus dem Eisendeficit im Darme des getödteten Hundes eine Resorption von 20% erschliessen. Durch quantitative Bestimmung des nach Ferratininjektion in einer abgebundenen Dünndarmschlinge nach 5stündiger Resorptiondauer noch vorhandenen Eisens erwies Cl., dass auch der *Dünndarm* zwischen 23—20% des eingeführten Ferratins resorbirt hatte, während Manche annahmen, dass nur der Zwölffingerdarm zur Fe-Resorption fähig sei. An jungen, im Wachsen begriffenen Hunden, die ausschliesslich mit Milch ernährt wurden, stellte Cl. Versuche an, aus denen auf's Deutlichste hervorging aus den Hämoglobinbestimmungen im Blute, dass *der Eisengehalt der Milch zur Blutbildung nicht ausreichte,* wenn schon die Milchnahrung zur Erreichung des normalen Körpergewichtes völlig genügte; dass dagegen durch Zusatz von organischem (Ferratin-) Eisen oder anorganischem Eisen (Eisenlaktat) die Milch in ein vollkommenes Nahrungsmittel verwandelt wird, und zwar scheint *hinsichtlich der Assimilation des Eisens, d. h. seiner Verwendung zur Blutbildung zwischen den anorganischen und den organischen Fe-Präparaten kein Unterschied* bemerkbar; bezüglich der Resorption war aber der mit Ferratinzugabe ernährte Hund gegenüber dem mit Zusatz von milchsaurem Eisen ernährten entschieden im Vorsprunge, denn in der Leber des Ferratin-Hundes war mehr als doppelt so viel Eisen deponirt, wie bei dem Ferrilaktat-Hunde. Cl.'s Versuche beweisen unbestreitbar, dass auch aus dem anorganisch gereichten Eisen zunächst Ferratin und dann Hämoglobin gebildet werden kann.

H. Dreser (Göttingen).

513. Die Reduktion der Arsensäure durch Organsäfte; von C. Binz. (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 3 u. 4. p. 259. 1897.)

In einer vorausgehenden Untersuchungsreihe hatte B. gezeigt, dass arsenige Säure in schwach

alkalischer Lösung unter dem Einflusse des frischen Saftes des Dünndarmes, der Milz und besonders der Leber in beträchtlicher Menge zu Arsensäure oxydirt wird. In der vorliegenden Mittheilung theilt er seine gemeinschaftlich mit Dr. C. Laar angestellten Versuche mit, die beweisen, dass frische Theile des Körpers, besonders stark die Leber, ferner der lebende Dünndarm, *reducirend auf Arsensäure* wirken. Beide Organe wirken also in ganz entgegengesetzter Weise: nämlich auf *arsenige Säure oxydirend* und umgekehrt *auf Arsensäure* reducirend.

H. Dreser (Göttingen).

514. **Kryofin.** *Ein neues Antipyreticum*; von Prof. Hermann Eichhorst. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17. 1897.)

„Kryofin ist, wie Phenacetin, ein p-Phenetidinderivat, und zwar ist es das Condensationsprodukt aus Phenetidin und Methylglykolsäure". Es ist ein weisses geruch- und geschmackloses Pulver, dass zu 0.5 pro dosi sicher und im Ganzen angenehm fieberwidrig und zu etwa 1.5 pro die schmerzstillend wirkt. Es stellt sich den zahlreichen bekannten ähnlichen Mitteln etwa gleichwerthig an die Seite. Dippe.

515. **Ueber die Wirkung von Hydrastis canadensis bei Bronchialkatarrh**; von Dr. M. Ssenger in Magdeburg. (Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 17. 1897.)

S. giebt bei chronischer Bronchitis und bei Lungenphthise 4mal täglich 20—30 Tropfen des Extr. fluid. Hydrastis canad. und sah danach in zahlreichen Fällen den Hustenreiz geringer, den Auswurf dünner, mehr schleimig, seine Herausbeförderung leichter werden, während die physikalischen Erscheinungen in den Lungen zurückgingen. Bei der akuten Bronchitis ist das Mittel im Anfange wirkungslos, hilft erst dann, wenn das Leiden sich etwas zu lange hinzieht. Dippe.

516. **Zur therapeutischen Verwendung des Digitoxinum cryst. (Merck)**; von Prof. v. Starck. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 4. 1897.)

In der Kieler med. Poliklinik wurde das *Merck*'sche Digitoxin in Form der kleinen Tabletten von *Merck* an mehreren Herzleidenden geprüft. Die günstige Wirkung zeigte sich bei den Klappenfehlern mit schweren Compensationsstörungen mitunter schon nach 4—5 Stunden, meist erst nach 12 Stunden. Die in der Regel angewandte Dosis betrug 2mal täglich $^1/_4$ mg; die therapeutische Wirkung war gewöhnlich erreicht, nachdem im Ganzen 10 Tabletten zu je $^1/_4$ mg genommen waren; nur einmal wurden 20 Tabletten hintereinander verbraucht. Beherzigenswerth ist, dass einmal bereits nach insgesammt 8 Tabletten, in 3 Tagen verbraucht, Vergiftungserscheinungen mit Pulsverlangsamung bis auf 46 Schläge pro Minute eintraten, verbunden mit den Zeichen starker Cirkulationstörung, wie Flimmern vor den Augen, Ohnmachten, die durch wiederholte Kampherinjektionen in 4 Tagen sich zurückbildeten.

Wenn auch das *Digitoxin* die Folia Digitalis in nicht wenigen Fällen zweckmässig zu ersetzen vermag, so *erheischt* seine Anwendung grosse Vorsicht und besonders *genaue Controle des Pulses.*

H. Dreser (Göttingen).

517. **Experimental research into the action of Viburnum prunifolium (Black haw)**; by Theodore Shennan. (Edinb. med. Journ. XLII. 5. p. 404. Nov. 1896.)

Die Wurzelrindenabkochung oder die schwarzen Beeren werden von den Negerweibern in den Plantagen von Amerika als Mittel *gegen* Abortus eingenommen und von den Aerzten wurde dieses Volksmittel übernommen und empfohlen gegen habituellen Abortus, sofern dieser nicht durch Syphilis oder Placentsverfettung bedingt ist, ausserdem gegen Dysmenorrhöe und Menorrhagie. Bei Flexionen und Stenosen lindere das Mittel die Beschwerden, ebenso die nervösen Störungen und die Metrorrhagie während der Menopause. Falsche Wehen beseitige es sehr rasch. Ausser in gynäkologischen Fällen gebe man es bei diarrhoischer Erkrankung des Colons und bei Dysenterie. Bei dem Versuche, chemisch wirksame Substanzen aus der Rinde zu gewinnen, wurden nur Baldriansäure, ein Harz, etwas Gerbsäure und geringe Alkaloidmengen gefunden.

Sh. hat seine Thierversuche hauptsächlich mit dem Fluidextrakt angestellt; da seine Resultate das Verständniss der therapeutisch interessanten Wirkungen nicht näher anfzuklären vermögen, sei nur noch bemerkt, dass Sh. das Fluidextrakt nicht als solches zu nehmen empfiehlt, sondern bei niederer Temperatur oder im Vacuum einengen und dann in Gelatinekapseln einfüllen lässt.

H. Dreser (Göttingen).

518. **La valeur du méthylène digallate de bismuth ou bismal comme médicament constipant**; par les Drs. D. de Buck et O. Vanderlinden. (Belgique méd. III. 36. 1896.)

Die von v. Oefele empfohlenen Dosen des Bismals (oder methylendigallussauren Wismuths) als Darmadstringens gegen hartnäckige Diarrhöen (0.1—0.3 Bismal 3—6mal täglich) erwiesen sich als zu klein; es waren vielmehr dieselben Gaben erforderlich, wie sie vom Wismuthsubnitrat gewöhnlich angewandt werden. Es scheint also nach B. und V. die Methylendigallussäure in dieser Combination nicht im Stande zu sein, die Wirkung des Wismuths zu verstärken.

H. Dreser (Göttingen).

519. **Recherches du Dr. J. A. J. Tonella sur l'α-propyletétrahydroquinoline normale et la coniine**; par le Prof. P. C. Plugge. (Arch. de Pharmacodynamie III. 3. p. 173. 1896.)

Als interessanten Beitrag zu der Frage über den Zusammenhang zwischen chemischer Constitution und pharmakologischer Wirkung stellte Pl.'s Schüler Tonella das dem Coniin in der Pyridinreihe entsprechende Chinolinderivat dar, nämlich das α-Propyltetrahydrochinolin:

CH CH$_2$
HC CH$_2$
C—H
HC
CH N CH$_2$—CH$_2$—CH$_3$
H

nach verschiedenen Methoden. Am besten gelang diese Synthese, indem Tonella zunächst aus normalem Butylaldehyd, Brenzweinsäure und Anilin die α-Normalpropyl-Cinchoninsäure bildete, aus dieser alsdann durch Erhitzen mit Natronkalk das α-Normalpropylchinolin erhielt. Letztere Base wurde durch Erhitzen mit Zinn und Salzsäure in das im Pyridinkern hydrirte Tetrahydro-α-Propylchinolin übergeführt.

Die pharmakologischen Wirkungen des α-Normalpropyltetrahydrochinolins sind nun keineswegs gleich mit denjenigen des Coniins, was von vornherein nicht unwahrscheinlich erschien. Die paralysirende Wirkung rührt beim Chinolinderivate mehr vom Centralnervensystem her, beim Coniin mehr von Lähmung der peripherischen motorischen Nervenendigungen. Während Coniin das Froschherz kaum beeinflusst, erwies sich das Chinolinderivat als Herzgift; ebenso war letzteres für Infusorien, Bakterien u. s. w. sehr giftig, das Coniin hingegen nicht. Dem Warmblüterorganismus gegenüber verhalten sich beide Alkaloide umgekehrt wie beim Kaltblüter und bei niederen Organismen, für Warmblüter erwies sich das α-Propyltetrahydrochinolin als nur relativ wenig giftig, Coniin wirkte z. B. auf Mäuse 10—12mal so stark als die Chinolinbase.

H. Dreser (Göttingen).

520. **Holocain, ein neues Anästheticum**; von Dr. R. Heinz und Dr. C. Schlösser in München. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 113. April 1897.)

Holocain ist das von Dr. phil. E. Täuber in Berlin dargestellte salzsaure p-Diäthoxyäthenyldiphenilamidin. Nach H. und Sohl. hat das Holocain gegenüber dem Cocain den Vorzug: 1) seiner antiseptischen Eigenschaft, 2) der raschen Wirkung, 3) des Mangels jeder Nachwirkung. Das Holocain wirkt lediglich auf die Nervenendigungen, nicht auf die Gefässe. Eine 1proc. Lösung bewirkt schon in weniger als 1 Minute Zeit eine ca. 10 Minuten dauernde vollständige Unempfindlichkeit des Augapfels [was Ref. nach seinen Versuchen bestätigt gefunden hat]. Accommodation und Pupillenweite werden durch das Mittel nicht beeinflusst.

Lamhofer (Leipzig).

521. **Ueber Holocain, ein neues Anästheticum**; von Dr. G. Gutmann in Berlin. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 11. 1897.)

Das als Ersatzmittel des Cocains in den Handel gebrachte Holocain, ein dem Phenacetin nahestehendes Aethenylamidin, eignet sich nach G.'s Thierversuchen in Folge seiner Giftigkeit nicht zur Einspritzung unter die Haut, dagegen kann G. nach 30 Versuchen beim Menschen zur örtlichen Anästhesirung des Augapfels an Stelle des Cocains eine 1proc. wässerige Lösung des salzsauren Holocains empfehlen, wobei er als Vorzüge die grosse Haltbarkeit der Lösung hervorhebt, sowie den *raschen* Eintritt einer vollkommenen und bis 15 Min. anhaltenden Empfindunglosigkeit der Hornhaut nach Einträufelung von 3—5 Tropfen; auch blieb die Spannung des Augapfels hiernach unverändert, sowie das Hornhautepithel ungetrübt. Trotzdem behält das Cocain, das die Spannung des Augapfels herabsetzt, seinen Werth für Glaukomoperationen.

Radestock (Dresden).

522. **Ueber die Wirkung des Eucains auf das Auge**; von W. N. Dolganoff. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 51. 1897.)

Das von Merling auf synthetischem Wege hergestellte, dem Cocain verwandte Alkaloid Eucaïn ist seiner chemischen Natur nach Methyläther der Methyl-Benzoil-Tetramethyl-Oxypiperidin-Kohlensäure. Die salzsaure 1proc. Lösung bewirkt nach kurzer Zeit Unempfindlichkeit des Augapfels, ohne die Pupille zu erweitern oder die Accommodation zu lähmen. Da es aber ziemlich stark reizend wirkt, wird es das Cocain kaum verdrängen.

Lamhofer (Leipzig).

523. **Ueber Suppositorien und eine Methode, sie darzustellen**; von Prof. L. Lewin und Dr. Eschbaum. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 2. 1897.)

L. und E. empfehlen als Grundsubstanz für Suppositorien, der die Medikamente vor dem Giessen beizugeben sind, das Agarpulver; es hat vor dem Cacaofett voraus, dass es die Darmwand nicht befettet und dadurch die Resorption nicht verlangsamt; ferner enthalten die Cacaozäpfchen wohl nur ausnahmeweise gleich viel des Medikamentes; die zuletzt gegossenen meist mehr als die ersten. Wie die Analyse aus der Apotheke bezogener Cacaobutterzäpfchen lehrte, enthält die beim Giessen zu unterst stehende Spitze regelmässig mehr vom Medikamente, weil dies vor dem Erstarren noch Zeit findet, in der geschmolzenen Masse sich zu senken. Die Verschiedenheit im Gehalte der einzelnen Partien im Zäpfchen ist grösser, als man a priori für möglich hält. Die Glyceringelatine ist zwar durch ihre physikalischen Eigenschaften der Cacaobutter überlegen; L. und E. beanstanden nur den Leim als nicht sterile und unreine Masse und das Glycerin, weil es den Darm örtlich reizt, und empfehlen darum, 1 Gewichtstheil Agar-Agar

fein gepulvert mit 29 Theilen Wasser einige Minuten im Dampfbade nach Mengen mit dem Medikamente und tüchtigem Umschütteln zu erwärmen; die warme Masse lässt sich leicht ausgiessen und erstarrt bald zur gewünschten Consistenz. Wie die Analyse der einzelnen Zäpfchenabschnitte lehrt, ist die *Vertheilung des Medikamentes durchaus gleichmässig.*

Nach der neuen Methode wären Morphin-Suppositorien etwa folgendermaassen zu verschreiben:

Rp. Morphini hydrochlorici 0.05
Pulv. Agar. neutr. q. s.
ut fiant lege artis suppos. V.

Da Agar an sich sauer reagirt, muss es durch Natrium bicarbonicum 0.1 auf 10 g Agarpulver neutralisirt werden. H. Dreser (Göttingen).

V. Neuropathologie und Psychiatrie.

524. **Ueber Akromegalie und Ostéoarthropathie hypertrophiante.** (Vgl. Jahrbh. CCLI. p. 129.)

Jos. Schwoner (Ueber hereditäre Akromegalie. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 202. 1897) beschreibt eine Kr. mit Akromegalie, deren Mutter wahrscheinlich auch an Akromegalie gelitten hatte.

Die 50jähr. Pat. war mit 30 Jahren an Akromegalie erkrankt. Seit 2 Jahren Abnahme des Sehvermögens (temporale Hemianopsie, Sehnervenschwund). Seit 1 Jahre Geschwulst der Mamma, die entfernt wurde: Cystosarkom. Am linken Schädel 2 taubeneigrosse harte Geschwülste.

Der Vater sollte gross gewesen sein und aus einer Familie grosser Leute stammen. Die Mutter war auch gross gewesen, hatte aber, besonders nach dem 50. Jahre, auffallend grosse Hände und Füsse gehabt, neue Schuhe, neuen Fingerhut anschaffen müssen, verstehenden Unterkiefer bekommen.

Vf. erzählt, dass Schilddrüse in seinem Falle wie in 2 anderen der Klinik Schrötter's ganz erfolglos war. In einem Falle aber folgte einer Schmierkur eine sehr auffallende Besserung, die $1^1/_2$ Jahre lang anhielt.

G. R. Murray (Acromegaly with goitre and exophthalmic goitre. Edinb. med. Journ. N. S. I. 2. p. 170. Febr. 1897) theilt 2 Beobachtungen mit.

I. Ein 37jähr. Mädchen hatte seit dem 12. Jahre eine Struma, litt seit 12 Jahren an Kopfschmerzen.

Es bestanden die Erscheinungen einer mittelstarken Akromegalie, Struma, Exophthalmus, Tachykardie, Zittern, Schwitzen, Glykosurie, Lungenschwindsucht.

II. Bei einer 63jähr. Frau hatte sich die Struma im 14. Jahre nach Keuchhusten entwickelt. Seit 4 Jahren bestand linkseitiger Gesichtskrampf. Man fand deutliche, aber geringe Akromegalie. Auch mehrere kleine Hautgeschwülste wurden gefunden.

Im 1. Falle wurden von Hand und Fuss Röntgen-Bilder aufgenommen. Wie in anderen Fällen sah man hier, dass die Vergrösserung in der Hauptsache durch die Verdickung der weichen Theile entsteht, dass die Knochen nur wenig verändert sind. M. glaubt gesehen zu haben, dass an den Phalangen die Epiphyse von der Diaphyse durch eine lichte Linie getrennt war, und legt auf diesen Umstand Gewicht.

Bezüglich des Vorkommens von Basedow-Symptomen bei Akromegalie verweist er auf eine eigene frühere Beobachtung (Jahrbb. CCXLVI. p. 25), auf die Mittheilungen Lancereaux' (Ibid.) und auf einen Fall Valat's (Brit. med. Journ. Oct. 3. 1896). Danach ist jenes Vorkommen 5mal gefunden worden, in 4 von diesen Fällen bestand Glykosurie, in 2 Phthisis.

H. H. Dinke (Acromegaly. New York med. Record L. 22. 1896) schildert eine 51jähr. Kranke mit typischer Akromegalie. Er gab ihr Schilddrüsenextrakt, dann getrocknete Hirnanhänge, zuletzt beide Stoffe zugleich. Nach 5 Monaten war eine wesentliche Besserung eingetreten. Hände und Füsse waren kleiner geworden, Gedächtniss, Gehfähigkeit hatten zugenommen, die Kr. hatte nicht mehr über Schmerzen in den Gliedern zu klagen, Haar und Haut waren weicher geworden, Durst und Urinmenge hatten abgenommen, das Körpergewicht war um 15 Pfund verringert.

G. G. Sears (A case of acromegaly treated with thyroid extract. Boston med. and surg. Journ. CXXXV. 1; July 2. 1896) beschreibt eine 45jähr. Akromegalische mit einigen Myxödem-Symptomen (Schwellung der Lider, Verlangsamung des Denkens und Sprechens), bei der Thyreoidin Besserung des Befindens, Verkleinerung der Zunge, Abnahme des Gewichtes, bessere Ernährung der Nägel bewirkte.

S. Marzocchi und G. Antonini (Sopra un caso di acromegalia partiale. Rif. med. XIII. 16. 17. 1897) berichten über ein 14jähr., im Uebrigen wohlgebildetes Mädchen, bei dem Hände und Füsse nach Art der Akromegalischen von Geburt an vergrössert und während des Lebens übermässig gewachsen waren. Man darf wohl zweifeln, ob ein solcher Zustand etwas mit der Akromegalie zu thun habe.

Die Beobachtung von Isaac Banks (A case of acromegaly. Lancet Jan. 2. 1897) betrifft eine 26jähr. Frau, bei der die Akromegalie sich ziemlich und rasch unter lebhaften Kopf- und Gliederschmerzen entwickelt hatte. Auffallend war, dass das Haar nicht nur gröber geworden war, sondern dass auch manche Stellen, die früher glatt gewesen waren, Haare bekommen hatten: die Gegend um den After, ein Streifen vom Mons Veneris zum Nabel. Der Uterus war atrophisch.

[J. Strzeminski in Wilna (Troubles oculaires dans l'acromégalie. Sond.-Abdr. aus Arch. d'Ophthalmol. Févr. 1897) hat 3 an Akromegalie Erkrankte wegen Augenstörungen behandelt. Wir erwähnen aus den Krankengeschichten nur die Angaben über die Augen.

Beim ersten 34jähr. Kr.: Gleiche, aber erweiterte Pupillen mit träger Reaktion auf Licht, typische, temporale, bilaterale Hemianopsie, Verlust der Farbenempfindung bis auf die von Blau in engen Grenzen, Herab-

setzung des Sehvermögens, weissliche Verfärbung der Papillen mit engen Arterien und normalen Venen.

Beim zweiten 23jähr. Kr.: Die linke Pupille reagirte schwach auf direkte Beleuchtung, normal bei Beleuchtung des anderen Auges; das umgekehrte Verhältniss zeigte die rechte Pupille. Das Gesichtsfeld des linken Auges war eingeengt, der Farbensinn stark beschränkt; das Sehvermögen herabgesetzt; der Augenspiegelbefund wie beim ersten Kranken. Das Gesichtsfeld des rechten Auges war für Farben eingeengt, das Sehvermögen aber normal. Die Papille war blass.

Beim dritten, 36jähr. Kr.: Pupillen wie beim ersten Kranken, Einengung des Gesichtsfeldes, Herabsetzung des Sehvermögens; die Papillen grauweiss mit verengten Arterien und erweiterten Venen.

Den Krankengeschichten folgt eine kurze Besprechung der Literatur. Lamhofer (Leipzig).]

Typische Akromegalie bei einer 31jähr. Frau beobachtete Dr. Franke (Ein Fall von Akromegalie mit temporaler Hemianopsie. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXIV. p. 259. Aug. 1896).

P. Marie (Sur deux types de déformation des mains dans l'acromégalie. Soc. méd. des hôp. de Paris Mai 1. 1896. — Revue neurol. IV. 16. p. 498. 1896) betonte den Unterschied zwischen Akromegalie und Riesenwuchs. Jedoch beobachte man dann, wenn die Akromegalie früh anftritt, auch eine Zunahme des Längenwachsthums, besonders an den Händen. Er zeigte 2 Kr., einen Mann mit der gewöhnlichen breiten und dicken Hand der Akromegalischen und ein Weib mit langgestreckten Händen: type en large et type en long.

Brissaud erklärte gegen Marie, der Riesenwuchs sei die Akromegalie der Wachsthumsperiode, die Akromegalie der Riesenwuchs nach vollendetem Wachsthume.

Bourneville und F. Regnault (Revue neurol. V. 2. p. 58. 1897) zeigten der anatomischen Gesellschaft in Paris die Photogramme und die Schädel von 3 Akromegalischen. Ein Fall war zweifellos, in den beiden anderen war die Sache nicht sicher; einmal war der Türkensattel erweitert, einmal nicht.

F. Regnault (Ibid.) berichtete über ein akromegalisches Skelet des Museum Clamart, das die Bezeichnung „ankylose de la colonne vertébrale et déformation générale des os" trug.

Ebenso zeigte er einen Schädel, an dem trotz Erweiterung des Türkensattels keine Zeichen der Akromegalie zu finden waren.

A. Sonques (Maccus, Polichinelle et l'acromégalie. Nouvelle Iconogr. de la Salpêtrière IX. 6. p. 375. 1896) sucht durch literarhistorische Erörterungen die Meinung P. Marie's zu stützen, dass das Urbild des Polichinelle ein Akromegalischer sei. Der neapolitanische Pulcinella, der in Paris als Polichinelle, in London als Punch erscheint, ist eine komische Figur mit doppeltem Buckel, grossem Kopfe und grosser Nase, mit tiefer seltsamer Stimme. Ihm entsprach bei den Römern die Possenfigur des Maccus; eine im Museum Kircher befindliche Bronzestatuette zeigt das Bild des Punch. Der Vf. meint, vielleicht deute die Nase des Maccus auf dessen hebräischen Ursprung, von dem einige Gelehrte reden.

Ludw. Teleky (Beiträge zur Lehre von der „Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique". Wien. klin. Wchnschr. X. 6. 1897) berichtet über 2 Kr. mit Osteoarthropathie.

Im 1. Falle war die Knochenerkrankung nach einer Darmeiterung (Ruhr) aufgetreten.

Im 2. Falle bestand Lungenschwindsucht. Bemerkenswerth war, dass an der einen Hand der 3. und der 4. Finger besonders in ihren Endgliedern verdickt waren. Diese Finger waren bei einem Unfalle gequetscht worden. Da nach den Angaben des Kr. die Phthise sich erst später entwickelt hatte, will T. die Vergrösserung der Fingerenden nicht auf sie beziehen. Er meint, vielleicht komme der Alkoholismus des Kr. in Betracht.

Die Röntgen-Bilder der kranken Hände ergeben, dass an den Trommelschlägelfingern in der Hauptsache die Verdickung der Weichtheile schuld ist. Nur bei höherem Grade ist die Kuppe der Endphalanx pilzartig verdickt (so bei dem 2. Kr.). An den peripherischen Enden der Vorderarm- und Unterschenkelknochen sah man deutlich die periostitischen Auflagerungen. Die Farbe der Fingerknochen im Röntgen-Bilde war etwas heller als sonst, was wohl auf die grössere Porosität der kranken Knochen hindeutet.

Rickman J. Godlee (On bone and joint changes in connection with thoracic disease. Brit. med. Journ. July 11. 18. 1896) bespricht ausführlich die Osteoarthropathia hypertrophica Marie's und theilt mehrere Krankengeschichten, die zum Theil Formes frustes betreffen, mit. Bemerkenswerth ist, dass G. bei einem Kr. mit Empyem die Schwellung der Gelenkenden ganz verschwinden sah, nachdem eine Drainröhre, die jahrelang in der Pleurahöhle gelegen und die Eiterung unterhalten hatte, entfernt worden war. Ueber die Natur der Krankheit ist G. im Zweifel. Er vermuthet, dass nicht selten Syphilis im Spiele sei. Die Trommelschlägelfinger hält er für eine besondere Sache. In 2 Fällen liess er von Händen mit solchen Fingern Röntgen-Bilder anfertigen: die Form der Endphalangen war durchaus nicht verändert.

J. Edgar (Notes on a case of hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 81. 1897) beschreibt eine 72jähr. Frau mit chronischer Bronchitis und eiterigem Auswurfe, bei der sich ziemlich rasch unter lebhaften Gliederschmerzen die Osteoarthropathie ausgebildet hatte. Hände und Füsse, Vorderarme und Unterschenkel waren stark vergrössert, jedoch bestand keine eigentliche Trommelschlägelbildung; auf dem Handrücken hatten sich braune Flecken entwickelt; alle Knochen der Glieder waren druckempfindlich; die obere Hälfte der Wirbelsäule war kyphotisch.

In dem Falle von V. D. Hawis (A case of osteoarthropathy in phthisis. Brit. med. Journ. Jan. 2. 1897) handelt es sich um subakute Osteoarthropathie der Hände und Füsse, bez. Vorderarm- und Unterschenkelenden bei einem 40jähr. Schwindsüchtigen.

G. Guérin und G. Etienne (Recherches de quelques éléments urologiques dans un cas particulier d'ostéo-arthropathie hypertrophiante. Arch. de Méd. expér. VIII. 4. p. 468. 1896) untersuchten den Harn eines 63jähr. Mannes mit Osteoarthropathie ohne nachweisbare Lungenkrankheit u. s. w. Sie fanden eine vorübergehende Vermehrung der

Kalkausscheidung, eine dauernde Geringfügigkeit der Phosphorsäure-Ausscheidung. Möbius.

525. Pathogénie de l'épuisement nerveux; par le Dr. Maurice de Fleury. (Revue de Méd. XVI. 2. p. 81. 1896.)

Aetiologisch kommt für die Nervenerschöpfung, die „Neurasthenie", immer eine relative Ueberanstrengung in Frage; eine Ausgabe von Nervenkraft über die zur Verfügung stehenden Mittel hinaus. Heftige Erregung, das Eintreten der Pubertät, Reconvalescenz von schweren Krankheiten, unregelmässiges Leben, körperliche oder geistige Ueberanstrengung; dazu kommt noch die durch Heredität, Lues, Gicht, Alkohol geschaffene Prädisposition, die auf Schwere und Zeit des Eintrittes der Erschöpfung von wesentlichem Einflusse ist. Nach ausführlicher Besprechung der Symptomatologie und Therapie geht de F. auf die Theorien ein, wie sie von den verschiedensten Autoren aufgestellt wurden. Es ist da Alles vertreten, was überhaupt in Frage kommen kann: die Autointoxikation, die Dyspepsie, die gastrointestinalen Reflexe, die Enteroptose, die vasomotorischen Störungen, die Ueberanstrengung der cerebralen Ganglienzellen, das Missverhältniss zwischen Verbrauch und Einnahme im Haushalte der cerebralen Ganglienzelle, Ernährungsstörungen in den Nervenelementen, Arteriosklerose, endlich auch direkte Einbildung. de F. stellt eine neue mechanische Theorie auf. Er sieht Störungen im Nervensysteme im Allgemeinen, das vasomotorische einbegriffen, als das Primäre an; er nimmt als das Wesentliche einen allgemeinen Hypotonus an und betrachtet alle übrigen Symptome als dadurch bedingt, so auch die Enteroptose. Der ganze Mechanismus ist ein vierfacher. Zuerst kommt als ätiologisches Moment die körperliche oder geistige Ueberanstrengung oder eine Gemüthsbewegung oder auch eine Krankheit, Enteritis, Influenza oder die Wirkung von Giften. Dann folgt eine Abspannung der cortikalen, vielleicht durch Heredität oder Arthritis prädisponirten Ganglienzellen. Die Zellen ziehen ihre Ausläufer ein, der Contakte mit benachbarten Neuronen werden weniger, der Tonus sinkt, die Drüsen secerniren weniger, die Ernährung leidet; kurz, Alles wird beeinträchtigt. Nun kommt es drittens zu den pathologisch-anatomischen Zeichen der Neurasthenie, dem Hypotonus in allen Gebieten, des Gesichts, der Respiration, der Arme, der Beine, des Larynx, zu den Dilatationen, bez. „Ptosen" des Magens, des Darms, des Uterus, des Rectum, der Blase, der Cremaster, bez. der Hoden, der Arterien, der Venen, zu Hyposekretion des Magens, des Pankreas, der Leber, der Speicheldrüsen, der Haut, der Hoden. Auf dieser Basis entwickeln sich nun durch äussere Erregung Aufregungszustände, Zorn, allgemeine Unruhe, Neuralgien. Endlich kommt es viertens zu psychischen Störungen, zu trauriger Verstimmung, Aengstlichkeit, Furcht in Form der verschiedenen Phobien. Aufgabe der Therapie kann es nur sein, den allgemeinen Tonus wieder herzustellen.

E. Hüfler (Chemnitz).

526. De la suppression des sensations et de ses effets sur l'activité psychique; par le Dr. F. Roland. (Revue de Méd. XVI. 5. p. 393. 1896.)

Ausgehend von dem Experimente, einen Anästhetischen durch Abschluss aller übrigen Sinnesreize zum Schlafen zu bringen, dessen Wiederholung nicht gelang, und ausgehend von der Erwägung, dass weniger die Unterdrückung der Sinnesempfindungen, als vielmehr die Beeinträchtigung der Blutcirkulation im Gehirn das Wesentliche sei, kam R. dazu, diese Verhältnisse nochmals genauer zu untersuchen. Er zerlegt die Empfindung in 2 Stadien, das rein physiologische des Reizes und seiner Weiterleitung, und das psychische, die Empfindung selbst. Jeder Sinnesreiz ruft in den Hemisphären eine Temperatursteigerung hervor, wie ja auch die Leitung im Nerven davon begleitet ist. Diese Steigerung der Temperatur erhöht sich noch, wenn die Empfindung eine bewusste wird. Die Sinnesempfindungen haben weiterhin noch Einfluss, ausser auf den Muskeltonus im Allgemeinen, auf das Herz, sowie auf die vasomotorischen Reflexe. Leise Hautreize beschleunigen die Herzthätigkeit, starke verlangsamen sie, ja können das Herz zum Stillstande bringen. Der Einfluss der Kältereize auf die Athmung ist bekannt. Ueberhaupt sind viele Funktionen des Körpers von Sinnesreizen abhängig. So üben das Licht und die atmosphärische Luft einen grossen Einfluss aus, der sich, wenn auch nicht unter normalen Verhältnissen, so doch bei Kranken oft ausserordentlich bemerkbar macht. Das Nervensystem ist der Weg zwischen der Aussenwelt und dem lebenden Organismus, ohne dessen reizzuführenden Einfluss die Ernährung bald leiden würde, die Versorgung mit sauerstoffhaltigem Blute mangelhaft werden würde. E. Hüfler (Chemnitz).

527. Contribution à l'étude de la tuberculose de la moelle épinière; par le Dr. L. Hascowec. (Arch. de Neurol. XXX. p. 177. 1895.)

Nach einem literarischen Ueberblicke berichtet H. über eine eigene Beobachtung. Es handelte sich um eine 26jähr. Witwe, die ihren Mann, einen Phthisiker, bis zum Tode gepflegt hatte. Etwa $^1/_2$ Jahr hinterher erkrankte sie mit Parästhesien in den Beinen, wozu sich bald ein ausserordentliches Schwächegefühl gesellte. 2 Monate später bekam sie innerhalb weniger Stunden eine Lähmung der Beine mit Retentio urinae. Einige Tage später fand sich vollkommene Lähmung der Beine; der linke Patellarreflex war erloschen, der rechte gesteigert; es bestanden vollkommene Anästhesie, mit Retentio urinae und Parästhesien in den Fingern der rechten Hand. 14 Tage darauf war schon in den Beinen deutliche Muskelatrophie vorhanden; die Reflexe waren ganz erloschen; die Anästhesie reichte bis zur Nierengegend, auch in den rechten kleinen Handmuskeln fand man Atrophie, ausserdem bestand Parese des rechten Armes. Schliesslich bildete sich am Kreuzbeine Decubitus aus und die Kranke starb. Untersucht wurden nur das Rückenmark und der linke Ischiadicus. Aus der genauen Beschreibung der Schnitte sei hervorgehoben, dass im unteren Cervikalmarke ausser Infiltration der Pia und kleineren Zellenanhäufungen in der Substanz sich ein ausgesprochener Tuberkel im rechten Burdach'schen Strange fand; ebenso einige Schnitte weiter unten, einer in der vorderen Commissur, sowie in der weissen Substanz. Die intensivste Betheiligung zeigte das obere Dorsalmark. Hier war eigentlich der ganze Querschnitt infiltrirt. Weiter nach unten zu nahm die Infiltration wieder ab und verschwand im Lendenmarke bis auf einen gewissen Kernreichthum ganz.

Nach einem Vergleiche der klinischen Symptome mit den gefundenen pathologisch-anatomischen Veränderungen geht H. auf die Literatur gerade dieser Form der Rückenmarkstuberkulose ein, die sich immer mit der Tuberkulose anderer Organe vergesellschaftet. Klinisch treten in diesen Fällen wohl immer die Symptome einer Myelitis in den Vordergrund, und dann dürfte die Diagnose nicht schwer sein. E. Hüfler (Chemnitz).

528. **Beitrag zur Kenntniss der Rückenmarkserkrankungen bei Diabetes mellitus**; von Dr. Ernst Kalmus. (Ztschr. f. klin. Med. XXX. 5 u. 6. p. 559. 1896.)

Nach einer kurzen Uebersicht über die bisher bei Diabetes gemachten Rückenmarksbefunde bespricht K. 3 eigene Fälle, in deren einem das Rückenmark ganz normal war, während in den beiden anderen gleichartige Erkrankungen vorlagen.

Im 1. Falle handelte es sich um einen 26jähr. Menschen, der durch eine übermässige Hg-Behandlung nach Lues eine wahrscheinlich merkurielle Gastroenteritis bekam, die ihn sehr herunterbrachte. Er bot ausserdem die Erscheinungen eines Diabetes mellitus dar und starb im Koma. Nervöse Beschwerden hatte er nicht. Nur der rechte Patellarreflex war erloschen. Es fanden sich, hauptsächlich in der Cervikal- und Lumbalanschwellung Degenerationen im Bereiche der Hinterstränge, im unteren Cervikal- und ganzen Dorsalmarke nur in den Goll'schen Strängen, weiter oben und unten auch in den lateralen Partien; der rechte Hinterstrang war stärker befallen.

Der 2. Fall betraf einen phthisischen Diabetiker, dessen Nervensystem im Wesentlichen als gesund erschien; Sensibilität, Pupillen, Reflexe zeigten keine Störung. Nur bestand Impotenz seit 2 Jahren. Der Kranke ging an der Phthise zu Grunde. Im Cervikalmarke fand man eine Degeneration der Goll'schen Stränge, die weiter unten auf die Burdach'schen übergriff, nach unten zu aber wieder schwächer wurde. Vor der grauen Commissur blieb überall eine schmale Zone frei.

Dass es sich in beiden Fällen um eine gewöhnliche Tabes handelt, dagegen spricht die starke Betheiligung des Dorsal-, bez. Cervikalmarks. Die Erkrankung ist wohl in Parallele zu bringen mit den z. B. bei Anämie, Leukämie, Tuberkulose beobachteten Spinalerkrankungen.

E. Hüfler (Chemnitz).

529. **Sur un cas d'atrophie de la langue dans le mal de Pott sous-occipital**; par Pierre Marie. (Revue neurol. IV. 7. p. 195. 1896.)

Ein 35jähr. Mann hatte vom 4. Jahre ab einen Pott'schen Buckel zwischen Halswirbelsäule und Hinterhaupt. Dabei fand man eine leichte Abweichung der Zunge nach links, fibrilläre Zuckungen, sowie eine gewisse Schwäche bei bestimmten Bewegungen. Eine wirkliche Atrophie war nicht deutlich; jedoch machte der ganze Zustand den Eindruck einer beginnenden Degeneration; er war freilich seit Jahren unverändert geblieben.

E. Hüfler (Chemnitz).

530. **Case of acute ascending myelitis complicating measles**; by W. A. Ellison. (Lancet Oct. 17. 1896.)

Ein 14jähr. nervöser Knabe erkrankte an Masern. Nach 4 Tagen war er fieberfrei. Retentio urinae, Schmerz im Kreuz, unbestimmte Schmerzen in den Beinen. Am nächsten Tage vollständige Paraplegie, Anästhesie von den Zehen bis zur Achsel; Reflexe geschwunden. Dazu kamen Schmerzen in Händen und Vorderarmen, Schwäche in den Händen, Verstopfung. Am darauffolgenden Tage hohes Fieber, Koma, Lähmung des Zwerchfells, Tod.

Brückner (Dresden).

531. **Beitrag zur Kenntniss der recurrirenden Polyneuritis**; von Dr. Joseph Sorgo. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 223. 1897.)

Ein 58jähr. Mann, der früher an Lues erkrankt war, bekam in Intervallen von 5—8 Monaten 3mal kolikartige Schmerzen mit Obstipation; daran schloss sich eine Radialislähmung erst des rechten, dann des linken Armes; die Lähmung des linken Armes war erst schwächer, wurde erst im dritten Anfalle complet. Im zweiten Anfalle traten noch Wadenkrämpfe, Kältegefühl in beiden Unterschenkeln, Druckschmerzhaftigkeit vieler Nervenstämme, rechtsseitige Recurrenslähmung, Milz- und Leberschwellung hinzu. Im dritten Anfalle kam es zu totaler Lähmung der Arme und Beine, zu Schlingbeschwerden, Sprachstörung, linkseitiger Recurrenslähmung und Zwerchfellslähmung, der der Kr. erlag. In den beiden letzten Anfällen wurde in den betheiligten Muskeln partielle Entartungsreaktion nachgewiesen.

Die Autopsie ergab ausgebreitete Erkrankung der Gefässe in Muskeln, Nerven und Rückenmark. Sie bestand in Verdickung der Media mit Verengerung des Lumen. In den Muskeln und Nerven fand man degenerative Atrophie, im Rückenmark Hyperämie mit capillären Blutungen und geringer perivaskulärer Sklerose. In den vorderen und hinteren Rückenmarkswurzeln Faserausfall.

Was die Differentialdiagnose zwischen Polyneuritis und Landry'scher Lähmung anlangt, so dürfte es sich empfehlen, letztere Bezeichnung nur für die Fälle mit negativem anatomischen Befund zu brauchen. Fortschreitende Lähmung mit Druckempfindlichkeit der Muskeln und Nerven, Sensibilitätsstörungen und elektrische Reaktionveränderungen dürfen wohl der Polyneuritis zuzurechnen sein.

S. geht dann kurz auf die bisher beschriebenen Fälle von recurrirender Polyneuritis ein, in deren keinem anatomisch untersucht wurde.

Als ätiologisches Moment kam in Vfs. Falle Bleiintoxikation in Frage, dazu aber auch Erkältung.

E. Hüfler (Chemnitz).

532. **Ein Beitrag zur Pathologie der Polyneuritis**; von Dr. W. Rosenblath. (Deutsche Ztschr. f. Nervenhkde. IX. 5 u. 6. p. 311. 1897.)

Im ersten Falle R.'s handelte es sich um eine allmählich eingetretene, mit Parästhesien verknüpfte, symmetrische atrophische Lähmung. Sensibilitätstörungen fehlten, das Kniephänomen war geschwunden, in der Unterschenkelmuskulatur bestand partielle Entartungsreaktion. Hirnnerven, Blase und Mastdarm waren unversehrt. Die Intelligenz hatte entschieden abgenommen. Allmählich gingen die Lähmungen zurück, zuletzt die Peronaeuslähmung. Der psychische Defekt blieb bestehen. Auffällig war bei diesem Kr. der Beginn des Leidens; es setzte ein mit Anämie, Störungen der Herzthätigkeit und Oedemen; der Vergleich mit der hydropischatrophischen Form der Beri-Beri liegt sehr nahe, nur die objektiven Sensibilitätstörungen fehlten.

Der zweite Fall verlief unter dem Bilde der aufsteigenden Lähmung, jedoch mit Atrophie, Entartungsreaktion und Delirien, sowie Verlust der Reflexe und Sensibilitätstörungen. Aetiologisch kam in diesem Falle Alkohol in Betracht. Die Kr. ging unter den Zeichen einer Pneumonie des Unterlappens mit deutlicher Dyspnöe und Cyanose zu Grunde. Die Untersuchung ergab deutliche Zerklüftung des Markes und der Achsencylinder der Nerven, Wucherung der Kerne der Schwann'schen Scheide; diese Zellen umflossen die Marktrümmer und nahmen Segmente des zerfallenden Achsencylinders in sich auf. Regenerationbilder liessen sich nicht nachweisen.

Im letzten Falle handelte es sich um Lähmung nach Diphtherie, bei der die verschiedenartigsten anatomischen Befunde erhoben wurden. Die Lähmung hatte mit Schluckbeschwerden und Verlust der Patellareflexe

begonnen, daran hatten sich Ataxie der Beine und allgemeine Muskelschwäche angeschlossen. Durch Lähmung der Athemmuskulatur, besonders der linken Seite, erfolgte der Tod. Die Untersuchung erwies das peripherische Nervensystem als vollkommen intakt; dagegen waren die Wurzeln, besonders die hinteren Wurzeln stark befallen, und die Degeneration setzte sich in die graue Substanz hinein fort. Die Vorderhornzellen erschienen normal. Auch in der vorderen Commissur fanden sich degenerirte Fasern. E. Hüfler (Chemnitz).

533. **Ueber angeborenen Pectoralisdefekt, nebst Bemerkungen über die Rolle der Intercostalmuskeln bei der Athmung**; von Dr. Max Kaiser. (Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 174. 1897.)

Eine 70jähr. Frau, die wegen Bronchialkatarrh zur Untersuchung kam, hatte einen vollkommenen Defekt der beiden Pectorales auf der rechten Seite. Auch in diesem Falle waren die Bewegungen der Schultergelenke durchaus nicht gestört. Bemerkenswerth war, dass die Intercostalmuskeln sehr wechselnd funktionirten, einmal nur die Interni, dann die Externi, dann wieder gar nicht. Eine bedeutsame Rolle bei der Athmung spielen sie jedenfalls nicht. Ihre Thätigkeit ist eine rein accessorische. Sie dienen wahrscheinlich nur dazu, dem intrathorakalen Drucke einen Widerstand entgegenzusetzen. E. Hüfler (Chemnitz).

VI. Innere Medicin.

534. **Ueber den Einfluss von Traumen auf die Entstehung infektiöser Lungen-, Herz- und Pleuraerkrankungen**; von Dr. Reinert. (Festschrift d. Stuttgarter ärztl. Vereins. Stuttgart 1897. E. Schweizerbart'sche Verlagshandlung. p. 46.)

Auf Grund der Literatur spricht R. in klarer Weise die Hauptsache von Dem durch, was wir über die traumatische Entstehung der Lungenentzündung, des Lungenabscesses, des Lungenbrandes, der Lungentuberkulose, der Pleuritis, der Peri-, Myo- und Endokarditis wissen. Etwas Neues enthält die Arbeit, die im Besonderen auch auf die Unfallbegutachtung Rücksicht nimmt, nicht. Dippe.

535. **Ueber die klinischen Formen der Beri-Beri-Krankheit**; von Dr. Max Glogner in Liegnitz. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 129. 1896.)

Gl. führt den Nachweis, dass auch die Gefässnerven in hohem Grade bei der Beri-Beri-Krankheit in Mitleidenschaft gezogen werden, so dass die Aufstellung einer eigenen *vasomotorischen* Form berechtigt erscheint. Eine Reihe klinischer, wie anatomischer Beobachtungen führt er lediglich auf eine Erkrankung der Gefässwände und ihrer Nerven zurück, die zur Folge hat, dass sich in beschränkten Bezirken des kleinen, wie des grossen Kreislaufes Gefässlähmungen und -krampfzustände, Stauungen und erhöhte Spannungen entwickeln. Diese erklären die häufigen Veränderungen am Herzen (Hypertrophie, Dilatation, Verstärkung des 2. Pulmonaltones, beschleunigte Thätigkeit), die vorübergehenden dyspnoischen Zustände, die Beklemmungen, Sensationen in der Brust, die Schwankungen in der Urinausscheidung, die ungleiche Blutvertheilung in den verschiedenen Organen, die Blutüberfüllung der Lungen, das Lungenödem bei fehlender Herzschwäche. Auch die bei Beri-Beri häufigen Herzgeräusche, die systolischen am Pulmonalostium, müssen in letzter Linie auf eine länger andauernde Ueberfüllung des kleinen Kreislaufes zurückgeführt werden. Gl. fand in diesen Fällen eine sekundär bedingte Dehnung des Anfangstheiles der Art. pulmonalis, die Geräusche erklären sich durch abnorme Schwingungen ihrer schlaffen Wandung.

Zahlreiche sphygmographische Untersuchungen, die Gl. an Beri-Beri-Kranken, jedes Mal an *mehreren* Arterien, vornahm, Hauttemperaturmessungen, Blutdrucksbestimmungen sind dafür beweisend, dass sich an den Gefässen krankhafte Vorgänge abspielen. Gl. unterscheidet, hauptsächlich für die Beri-Beri-Krankheit im malaischen Archipel, 3 Gruppen: 1) die vasomotorische, 2) die motorische, 3) die gemischte Form; für jede giebt er ein Beispiel. Die vorkommenden Erscheinungen am sensiblen peripherischen Nervensysteme sind nur leichter Art und stehen zu den schweren motorischen und vasomotorischen Störungen in keinem Verhältnisse. Je mehr letztere überwiegen, um so ernster gestaltet sich die Prognose. Patzki (Leipzig).

536. **Mal de Bright. — Hémorrhagies cérébrales à répétition. — Mort par hémorrhagie du 4e ventricule**; par Gaston Bonnus. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. 1896.)

Es handelte sich um einen 33jähr. Kr., der vor seiner Beobachtung in der Klinik im Laufe des letzten halben Jahres bereits 3 Anfälle mit Bewusstlosigkeit erlitten hatte; die beiden ersten waren leichter Art, nach dem letzten blieb eine rechtsseitige Hemiparese zurück. Es bestanden Albuminurie, harter Puls, anhaltender Stirnkopfschmerz, behinderte Sprache, am linken Auge eine Neuritis N. optici und Retinalblutungen. Mehrere epileptiforme Anfälle mit Zungenbiss; ein sehr starker Anfall führte schliesslich zum Tode.

Bei der *Sektion* fanden sich grosse weisse Nieren, Herzhypertrophie, im Gehirn ältere Erweichungsherde neben frischeren Hämorrhagien, frische Blutmassen im 4. Ventrikel; atheromatöse Entartung der Hirnarterien. Patzki (Leipzig).

537. **Ein Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Nephritis**; von Dr. Th. Doederlein in Chicago. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 41. 1896.)

In einem Falle von akuter Exacerbation sekundärer Syphilis (19jähr. Mann) bildete sich eine schwere Nephritis aus, die nach mehrtägiger Anurie rasch zum Tode führte. War der nephritische Process von der Syphilis abhängig?

Die Nieren boten das Bild einer subakuten

interstitiellen Nephritis dar; mit diesem Befunde verglich D. die anatomischen Veränderungen in Lunge, Milz, Leber, Lymphdrüsen: überall gleichmässige Induration, bedingt durch interstitielle Wucherung. Wie die Induration der Leber eine charakteristisch syphilitische Erkrankung, die Induration der Lymphdrüsen ein ganz gewöhnlicher Befund bei Syphilis ist, so hält D. es für wahrscheinlich, dass auch die vollkommen analogen, interstitiellen entzündlichen Processe in Lungen und Nieren durch das syphilitische Gift bedingt waren. D. kommt zu dem Schlusse, dass „die interstitielle Nephritis bei sekundärer Syphilis specifisch für dieses Stadium der Syphilis ist, dass die so häufig bei sekundärer Syphilis vorkommenden Albuminurien, die so prompt auf Hg reagiren, wahrscheinlich meistens von dieser Art der Nierenerkrankung bedingt sind“.

Auch die klinischen Erscheinungen (Eiweiss und Cylinder spärlich, kein Epithel) weisen wohl auf den rein interstitiellen Charakter der Affektion im vorliegenden Falle hin. Patzki (Leipzig).

538. **Urémie par néphrite interstitielle, huit ans après la scarlatine**; par P. Faitout. (Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 22. p. 837. 1896.)

Die 26jähr. Kr., die F. an Urämie zu Grunde gehen sah, hatte vor 8 Jahren Scharlach gehabt und im Anschlusse daran eine Nephritis bekommen. Seit dieser Zeit klagte sie häufig über Kopfschmerzen, Beklemmungen, Herzklopfen. Vor 3 Jahren Zunahme dieser Beschwerden und vorübergehende Oedeme während einer Influenzaerkrankung. Häufiges starkes Nasenbluten, ausgebreitete Oedeme kurz vor Beginn der Urämie.

F. nimmt in diesem Falle Uebergang einer Scharlachnephritis in chronische Nephritis an; letztere bestand Jahre hindurch fast symptomlos, verschlimmerte sich vorübergehend während einer hinzugekommenen Influenza, führte schliesslich nach 8 Jahren rasch zu Urämie und Tod. Patzki (Leipzig).

539. **Ueber Tag- und Nacht-Harnabsonderung, Haut- und Lungen-Ausscheidung bei Oedemen verschiedenen Ursprungs**; von Dr. A. Iljisch. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 52. 1896.)

I. kommt auf Grund seiner an 31 Kranken angestellten Untersuchungen zu folgenden Schlüssen: Bei Kranken mit Erkrankungen der Nieren, der Leber und des Herzens, die mit Oedemen einhergehen, ist im Gegensatze zu dem gesunden Menschen die Nachtharnmenge (Wasser und feste Bestandtheile) bedeutend grösser als die Tagharnmenge: besonders ausgeprägt in den Fällen von Lebercirrhose, am wenigsten bei Herzleiden. Diese nächtliche Polyurie geht, besonders bei Nierenaffektionen, zurück, wenn die Kranken während des ganzen Tages zu Bett liegen. Sie ist während der Verminderung der Oedeme gewöhnlich mehr ausgeprägt, als während ihres gleichmässigen Bestehens. Auch bei Abwesenheit von Oedemen ist bei Nierenkranken die Harnabsonderung in der Nacht vermehrt, während sie sich bei Herzleidenden während ungestörter Compensation wie beim gesunden Menschen verhält. Die Haut- und Lungenausscheidung verhält sich bei Nieren- und Herzkranken am Tage und in der Nacht annähernd wie beim gesunden Menschen (am Tage grösser als in der Nacht). Bei den Kranken mit Lebercirrhose ist sie bei Tag und bei Nacht fast gleich, oder die Nachtmengen sind um Weniges grösser.

Für die Praxis hebt J. noch als wichtig hervor, dass in den beobachteten Fällen eine Beschränkung der Flüssigkeitaufnahme am Abend mit einer um so grösseren Harnabsonderung während der Nacht einherging. Patzki (Leipzig).

540. **Beitrag zur Lehre von der Albumosurie**; von Dr. Br. Leick. (Deutsche med. Wochenschr. XXII. 2. 1896.)

L. hat die Urine von 73 Kranken auf Albumosen nach der Methode von Salkowski untersucht, nachdem er sie auf Eiweiss geprüft und mit neutralem Bleiacetat entfärbt hatte. Die eiweisshaltigen Urine wurden zuvor durch Ansäuern, Kochen und Filtriren von ihrem Eiweiss befreit. Die Ansicht, dass durch Kochen Albumin in Albumosen umgewandelt wird, konnte nach dem Resultate der Untersuchungen nicht bestätigt werden. Bei Pneumonia fibrinosa konnten in den meisten Fällen Albumosen nachgewiesen werden, in den übrigen Fällen von Albumosurie war irgend welche Gesetzmässigkeit nicht zu erkennen. Forstmann (Dresden).

541. **Osteomalacia: with a discussion of its aetiology and treatment**; by James Ritchie. (Edinb. med. Journ. XLI. 11. 12. p. 985. 1104. May, June 1896.)

R. hat in seiner Praxis 5 Fälle beobachtet, in denen die Diagnose auf Osteomalacie gestellt wurde.

Im 1. Falle handelte es sich um eine 37jähr. unverheirathete Dame. Die Symptome bestanden in Schmerzen, Verkrümmung der Knochen, Schwäche. Der Beckenausgang war kaum für den Finger durchgängig, dabei starke Blutungen zur Zeit der Regel. Die Kranke ging unter fortdauernder Verschlimmerung zu Grunde.

Im 2. Falle hatte die Frau Schmerzen im Kreuzbeine und Becken und wackelnden Gang. Sie kam R. ausser Sicht.

Der 3. Fall wurde bis zur Sektion für Osteomalacie gehalten. 6 Jahre nach einer Entfernung der krebsigen rechten Brustdrüse erkrankte die Frau an periodischen Schmerzen in Wirbelsäule und Gliedern, nahm an Grösse ab. Das Becken wurde gebogen, der Brustkorb verkrümmt. Eine Woche vor dem Tode bei einer Bewegung Bruch der rechten 4. Rippe. 9 Jahre nach der Operation Tod. Die *Sektion* ergab eine allgemeine Carcinose mit Osteomalacia carcinomatosa.

Im 4. Falle handelte es sich um eine in Folge einer Lungenentzündung geschwächte Frau von 55 Jahren. Knochenschmerzen, Abnahme der Körpergrösse. Pat. genas unter Gebrauch von Stärkungsmitteln.

Im 5. Falle (40jähr. Frau, 6 Entbindungen, eine Fehlgeburt) wurde von Sir Th. Grainger Stewart zunächst die Diagnose auf eine Rückenmarkserkrankung gestellt (1891). 1895 fiel die Abnahme der Körpergrösse auf. Die Beckenuntersuchung und die Untersuchung der übrigen Knochen machten die Diagnose Osteomalacie klar. Rothes und weisses Knochenmark wurden ohne Erfolg ge-

geben. Die Kranke wurde bettlägerig, ist aber, nachdem Simpson sie am 18. Juni 1895 castrirt hat, vollständig ohne Schmerz und im Stande, grössere körperliche Anstrengungen auszuhalten.

R. bespricht auf Grund der Literatur ausführlich die Pathologie der Osteomalacie. Bezüglich der Behandlung kommt er zu folgenden Schlüssen: 1) Bei nicht schwangeren Frauen und bei Männern ist zunächst die innere Behandlung zu versuchen (gute Ernährung, Phosphor, Knochenmark, Salzbäder). 2) Wenn diese nichts nützt oder bei schon vorgeschrittener Krankheit Entfernung der Eierstöcke; doch sollen die Frauen hinterher in Beobachtung bleiben. 3) Bei schwangeren Frauen entweder Kaiserschnitt mit Entfernung der Eierstöcke oder veränderte Operation nach Porro.

Als Ursache der Erkrankung nimmt R. eine primäre Erkrankung des Rückenmarks, speciell der grossen Zellen der Vorderhörner an.

J. Praeger (Chemnitz).

542. **Ueber Aktinomykose**; von Dr. A. Habel in Zürich. (Virchow's Arch. CXLVI. 1. p. 1. 1896.)

H. veröffentlicht 5 Krankengeschichten mit Sektionbefund, Beobachtungen der medicinischen Klinik in Zürich. Drei dieser Fälle verliefen unter den Symptomen einer Lungentuberkulose mit Komplikationen seitens der Pleura und des Perikards; der vierte unter den Erscheinungen einer Perityphlitis mit Fistelbildung bei gleichzeitigen Lungenerscheinungen (Mischinfektion durch Tuberkelbacillus und Aktinomycespilz); der 5. Fall endlich bezieht sich auf eine 45jähr. Kr., die einer Pleuritis wegen aufgenommen wurde, plötzlich eine akute Peritonitis bekam und innerhalb 8 Tagen starb. Die eiterige Peritonitis war vom linken Ovarium ausgegangen; in diesem, wie im Bauchhöhleneiter Aktinomyceskörnchen; Eingangspforte waren die Vagina, der Uterus und die Tuben.

Der Verlauf dieser Fälle war ein sehr schneller. Die Kranken zeigten sämmtlich eine gewisse Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose (Heredität, Pleuritis, Steinhauerlungen; Fall 3 war eine Mischinfektion).

Die Diagnose der Aktinomykose kann nur durch den Nachweis von Aktinomyceskörnchen im Sputum oder Eiter sichergestellt werden; eigenartige klinische Symptome bietet sie nicht dar. Patzki (Leipzig).

543. **Le infezioni emorragiche nell' uomo**; pel Raffaello Silvestrini e Cesare Baduel. (Policlinico IV. 2. p. 13. 1897.)

S. und B. beobachteten 3 Fälle von Purpura haemorrhagica. Die Krankheit begann immer mit schweren Verdauungsstörungen. Unter heftigem Fieber entwickelten sich starke Schmerzen in den Knochen und in den Gelenken. Der Urin war eiweisshaltig und enthielt gekörnte und hyaline Cylinder. Im Blute und im Urine fand man stets Staphylokokken, die mit Ablauf des Leidens sofort verschwanden. Durch Ueberimpfung des Blutes auf Kaninchen konnte die Krankheit in ihrer typischen Form hervorgerufen werden.

Emanuel Fink (Hamburg).

544. **Ein Fall von Lymphangiektasie und Lymphorrhagie**; von Dr. Joh. Haferkorn. (Deutsches Arch. f. klin. Med. LVI. 5 u. 6. p. 402. 1896.)

H. berichtet ausführlich über eine Beobachtung aus dem Dresdener Stadtkrankenhause: Lymphangiektasie mit Lymphorrhöe an den kleinen Labien, dem Hymen und der unteren Scheide bei einem 11jähr. Mädchen und stellt dann aus der Literatur 47 ähnliche Fälle von Lymphangiectasia simplex mit Lymphorrhagie zusammen.

Das Leiden findet sich meist bei jungen Leuten ohne Bevorzugung eines Geschlechts. Es muss zurückgeführt werden auf eine angeborene fehlerhafte Anlage: krankhafte Weite der Lymphspalten und Schlaffheit der Lymphgefässwandungen, die durch Stauungen, durch Hindernisse für den Lymph- und Blutstrom, durch Entzündungen der Lymphgefässe sehr wesentlich unterstützt wird.

Die Lymphangiektasie geht klinisch und anatomisch ohne scharfe Grenze in die Elephantiasis über. Die als Kolpohyperplasia cystica, Vaginitis emphysematosa u. s. w. beschriebenen Zustände „könnte man für einen lymphangiektatischen Process halten, der erst sekundär durch Eintreten von Scheidenbakterien zu Gasbildung in den ektatischen Räumen Anlass geben kann". Dippe.

545. **Beitrag zur Kenntniss des Pemphigus vegetans**; von Is. Neumann. (Wien. klin. Wchnschr. X. 8. 1897.)

N. giebt eine Uebersicht über die 39 bisher veröffentlichten Fälle von Pemphigus vegetans, von denen er 9 selbst beschrieben hat, und fügt 2 neue Fälle hinzu.

I. Eine 35jähr. Schuhmachersfrau aus Warschau wurde am 20. Oct. 1893 aufgenommen. Die Erkrankung hatte vor 19 Wochen im Rachen begonnen. In der linken Genitocruralfurche ein thalergrosser, unebener Substanzverlust mit dünnen Epidermisfetzen am Rande; rechts eine Anzahl hirsekorngrosser, graugelber Bläschen, daneben ein kreuzergrosser Substanzverlust, aus confluirten geplatzten Blasen hervorgegangen; am linken Labium eine linsengrosse nässende, grau-gelb belegte Efflorescenz, Rest einer Blase; an der Portio umschriebene Erosionen, an den Malleolen linsen- bis kreuzergrosse Efflorescenzen. Die linke Brustwarze zeigte eine 4-kreuzerstückgrosse, von Borken bedeckte Wucherung; die Unterlippe war geschwellt, mit blutenden Rhagaden bedeckt. An beiden Mundwinkeln erbsengrosse Wucherungen. Am weichen Gaumen umschriebene epithelfreie Stellen. Im weiteren Verlaufe traten am Nabel, an der Conjunctiva und am Zahnfleische neue Efflorescenzen auf, ferner an der Nasenschleimhaut. Am 14. November verliess die Kranke das Spital.

II. Eine 30jähr. Getreidehändlersfrau aus Galizien fand im März 1896 Aufnahme. Beginn der Erkrankung im März im Rachen. In beiden Ileocruralfurchen kreisrunde einzelnstehende, linsen- bis über kreuzergrosse, knopfartig erhabene röthliche oder mit gelblichen Auflagerungen versehene Effloroscenzen, sowie grössere Plaques; am Rande ein schmaler Epithelsaum. Neben dem After Wucherungen mit drusig-warziger Oberfläche und von weicher Consistenz. Auch in den Leistenbeugen Plaques, die serpiginös weiterschritten und mit einem Blasenwall umgeben waren. Ferner fanden sich hier, wie an den Nates und am Mons Veneris frische Blaseneruptionen von Linsengrösse, meist geplatzt und beginnende Wucherung zeigend. Die grossen Labien mit grauweisser, macerirter Epidermislage bedeckt, daneben kreisrunde, nässende Substanzverluste, Blasenreste. Vulva,

Vagina, Portio livid gefärbt, mit einzelnen hanfkorngrossen Substanzverlusten; Gravidität im 5. Monate. Leistendrüsen wallnussgross. Die Endphalanx des linken Mittelfingers verdickt ohne Nagel, geröthet, nässend, schmerzhaft. Am rechten Auge, an Naseneingang, Mund, Zahnfleisch, an der Zungenspitze Epithelabhebungen, zum Theil drusige Wucherungen. Am 13. September verliess die Kranke, nachdem das Leiden überall Fortschritte gemacht hatte, die Klinik. Am 12. Januar 1897 kam sie zurück in wesentlich verschlimmertem Zustande, sie hatte vor 5 Wochen ein Kind im 9. Schwangerschaftmonate geboren, das nach 10 Tagen an Krämpfen gestorben war.

Wermann (Dresden).

546. **Zur Aetiologie der Trichorrhexis nodosa**; von Dr. C. Bruhns. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 1. p. 42. 1897.)

B. untersuchte gelegentlich der Beobachtung von ausgesprochener Trichorrhexis nodosa in 2 F. von Myxödem in der Lesser'schen Klinik in Bern die Haare der übrigen Kranken und stellte die auffallende Thatsache fest, dass bei den weiblichen Kranken die Trichorrhexis sehr häufig vorkam. Er machte bakteriologische Untersuchungen und auch Impfversuche, um das Wesen der Krankheit aufzuklären. Seine Resultate fasst er wie folgt zusammen: „Die Trichorrhexis nodosa capillitii ist in Bern und Umgebung eine bei weiblichen Individuen sehr häufig beobachtete Haarerkrankung. Durch die bisher bakteriologisch untersuchten Fälle und die im Anschluss daran vorgenommenen Impfungen ist noch nicht erwiesen, dass die Krankheit durch ein specifisches Bacterium hervorgerufen wird. Mir ist es nicht gelungen, in 6 nach den bisher in Anwendung gekommenen Methoden bakteriologisch untersuchten Fällen von Trichorrhexis nodosa capillitii ein Bacterium als Ursache dieser Haaraffektion zu ermitteln, noch durch Impfungen von diesen Fällen auf die Haare anderer Menschen Trichorrhexis hervorzubringen. Dagegen sprechen einige Thatsachen sehr gegen eine bakterielle Aetiologie: 1) das in den meisten Fällen von Spindelhaaren beschriebene Auftreten von Trichorrhexis nodosa, die hier immer an den Stellen der geringsten Widerstandsfähigkeit des Haares, nämlich am Ort der stärksten Einschnürung, lokalisirt ist; 2) das von Räuber beschriebene bei einem Epileptiker periodisch in Verbindung mit dessen Anfällen sich wiederholende Auftreten von Trichorrhexis nodosa; 3) das häufige Vorkommen von Trichorrhexis nodosa an den Haaren gebrauchter Bürsten, nicht aber an neuen Bürsten (Barlow). Andererseits ist es aber durchaus unwahrscheinlich, dass nur mechanische Ursachen die Trichorrhexis nodosa bewirken. Man muss daher annehmen, dass eine gewisse Disposition der Haare, die wahrscheinlich auf einer Ernährungsstörung beruht, vorhanden sein muss, auf Grund deren erst sekundäre Ursachen — allerdings wohl in erster Linie mechanische Reize — die Trichorrhexis erzeugen."

Wermann (Dresden).

547. **Ueber Haarfarbe und Haarfärbung**; von Dr. Paul Richter. (Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 34. 1897.)

Die Haarfarbe setzt sich zusammen aus der Eigenfarbe der Haarzellen (hellblond bis hochroth) und des in Körnchen die einzelnen Zellen der Haarrinde umgebenden braunschwarzen Pigments (hellbraun bis schwarz), wodurch jede Nuance entstehen kann. Der Luftgehalt der Rinde kann dem Haare trotz eines dunklen Centraltheils eine weisse Farbe verleihen. Mangel an Pigment und Haarfarbe macht die Haare grau durchscheinend. Vermuthlich sind es nervöse Einflüsse, die das Eintreten der Luft zu Stande kommen lassen. Es ist bisher nicht gelungen beim Menschen Nerven des Haares festzustellen; doch hat Pinous nachgewiesen, dass seelische Erregungen auf das Wachsthum und die Gestaltung des Haares Einfluss haben. Das Pigment des Haares scheint nicht aus dem Blute zu stammen, sondern aus der Substanz der Epidermiszelle gebildet zu werden; nach den Untersuchungen von Sieber u. Sorby ist das Pigment des Haares eisenfrei; rothes Haar enthielt mehr Schwefel als braunes. Bei der senilen, wie bei der vorzeitigen Peliosis finden sich graue und ganz weisse Haare, die deutlich dünner sind als die noch gefärbten. Die grauen enthalten neben manchmal sehr zahlreichen Pigmentkörnchen viel Luftblasen, während im ganz weissen Haar nur wenig Pigment enthalten ist. Die graue Farbe der Haarsubstanz ist auch bei ganz weissen Haaren noch deutlich unter dem Mikroskope zu sehen. Ausser dem allgemeinen Ergrauen kommt es nach Kopfverletzungen und Nervenkrankheiten, besonders nach Meningitis, zum Ergrauen einzelner Haarbüschel. Der Process beginnt immer an der Wurzel und schreitet mit dem Wachsthume allmählich fort. Von plötzlichem Ergrauen sind einige Fälle sicher festgestellt. Grünes, bez. indigoblaues Haar ist bei Arbeitern durch Auflagerung von Kupferoxyd beobachtet worden; nach Abschaben zeigte sich das Haar darunter normal gefärbt oder grau.

Die Grundlage der meisten gebräuchlichen Haarfärbemittel ist eine metallische; Kupfer und Blei sind stark giftig; Höllenstein ist an sich unschädlich (2proc. Lösung), es wird aber gleichzeitig mit der sehr giftigen Pyrogallussäure, die als Reduktionmittel wirkt, angewendet. Der frisch ausgepresste Saft unreifer Wallnussschalen enthält ein haltbares und unschädliches Mittel; er ist aber schwer herzustellen, und die meisten unter dem Namen Wallnusssaft u. s. w. verkauften Haarfärbemittel enthalten die obigen schädlichen Substanzen. Von Dr. Ernst Erdmann in Halle ist nun ein unter dem Namen „Aureol" von *Schwarzlose Söhne* in Berlin eingeführtes Haarfärbemittel hergestellt worden, das allen berechtigten Ansprüchen genügt und vollständig unschädlich ist. Es enthält 1% Metol, 0.3% Amidophenolchlorhydrat und 0.6% Mono-

amidodiphenylamin, aufgelöst in 50% Spiritus, dem $1^1/_2$% Natrium sulfurosum zugesetzt ist, um die darin enthaltenen Stoffe in Lösung zu erhalten. Die beiden ersten Stoffe färben jeder allein hellblond bis dunkelrothbraun, der letztgenannte Stoff giebt eine grünliche Färbung. Durch Oxydation mit Wasserstoffsuperoxyd entsteht eine hellbraune bis dunkelbraune bis schwarze Färbung. Das Haar wird mit Soda- oder Seifenlösung gereinigt und entfettet; alsdann mischt man gleiche Theile der Farbstofflösung und des Wasserstoffsuperoxyds und durchkämmt das noch feuchte Haar mit einem mit der Lösung bepinselten engen Kamme, bis es gleichmässig und völlig durchtränkt ist. Nach 2 bis 3 Stunden ist das Haar dunkelbraun gefärbt und die Farbe kann auch durch Waschen nicht entfernt werden; will man tiefschwarzes Haar erhalten, so ist die Färbung zu wiederholen. Für hellere Nuancen ist eine andere Lösung im Handel, die gleiche Theile der Normallösung und 50% Alkohol enthält, dem $1^1/_2$% Natrium sulfurosum zugesetzt ist; diese Lösung färbt blond, bei wiederholter Anwendung hellbraun. Nach 4 Wochen muss die Färbung wiederholt worden.

Wermann (Dresden).

548. **Die Behandlung des phagedänischen Schankers mittels dauernder Irrigation mit einer heissen Lösung von Kalium permanganicum**; von F. Balzer. (Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIII. 11. p. 570. 1896.)

Eine grosse Rolle in der Pathogenese des Phagedänismus spielt die Schwächung des Körpers. Ein Kranker, der nach 4monat. Behandlung das Hôpital Ricord ungeheilt verliess, war, nachdem er sich an die See begeben hatte, in 14 Tagen geheilt. Das phagedänische Geschwür wird durch die anatomischen Verhältnisse in seinem Wachsthum begünstigt; so lange der Eiter keinen freien Abfluss hat, nimmt das Geschwür stetig an Umfang zu. Liegt dagegen das Geschwür frei, so genügen die Mittel, die man gegen den Schanker anzuwenden pflegt, auch gegen den Phagedänismus, so Aetzen mit Chlorzink, Carbolsäure, Jodoform, Höllenstein u. s. w. Die zuerst von Aubert 1883 empfohlene Anwendung der Hitze hatte, so lange B. nur heisses Wasser anwandte, Misserfolge, dagegen heilte ein 5 Monate lang ohne Erfolg behandelter ausgedehnter phagedänischer Schanker der Leistengegend unter Irrigation mit heisser Kalium permanganicum-Lösung 1:1000 innerhalb weniger Wochen; kleinere phagedänische Geschwüre heilten unter gleicher Behandlung in noch kürzerer Zeit. Das Hauptgewicht schien dabei in der ununterbrochenen Irrigation zu liegen. Die auf 45° erhitzte Lösung wird mittels Irrigator über das Geschwür geleitet; beim Bubo mit unterminirten Rändern wird eine mit dem Irrigator verbundene Kanüle bis an das Ende der Höhle geleitet. Diese Spülungen müssen 2—4 Stunden täglich dauern; in der Zwischenzeit wird mit Jodoform, Höllensteinsalbe oder sonst einem Antisepticum verbunden. Auch beim einfachen Bubo mit chronischer Eiterung und unterminirten Rändern leistete das Verfahren gute Dienste. Das Natrium chloratum in Form des Labarraque'schen Verfahrens wirkte ebenfalls günstig.

Wermann (Dresden).

VII. Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.

549. **Zur Erweiterung des medicinischen Unterrichtes. Operationscurse an Lebenden**; von F. von Winckel in München. (Münchn. med. Wchnschr. XLIII. 46. 1896.)

v. W. berichtet über Operationscurse an Lebenden, die er mit bestem Erfolge in der Münchener Frauenklinik eingeführt hat. v. W. hebt hervor, von welch grosser Wichtigkeit es für den später in die Praxis eintretenden Arzt ist, schon als Student unter den Augen und unter der direkten Anleitung des Lehrers *an der Lebenden* operirt zu haben. v. W. hat in 2 solchen Cursen 127 gynäkologische Operationen an der Lebenden ausführen lassen; darunter 1 Coelio-Myomektomie, 2 vaginale Totalexstirpationen des Uterus, 5 plastische Operationen an Scheide und Damm und 7 Coelio-Ovariektomien. Der Erfolg der Operationen war durchaus befriedigend, keine einzige der Operirten erlitt eine Infektion oder starb.

v. W. hat durch seine Erfolge den Nachweis geliefert, „dass solche Operationscurse an den verschiedenen medicinischen Kliniken nicht blos ausführbar, sondern an den grösseren Kliniken durchaus nothwendig sind; dass sie die Kranken durchaus nicht gefährden, ihre Heilung nicht verzögern; dass es daher auch nicht nothwendig ist, dieselben durch Mittheilung, sie würden von Studenten operirt, vorher zu beunruhigen; der Kliniker überwacht ja die Operation in jeder Minute und trägt die volle Verantwortung."

v. W. hofft, dass auch die Chirurgen, Laryngologen, inneren Kliniker und Ophthalmologen ähnliche Curse an Lebenden bald in ihren methodischen Unterricht aufnehmen werden.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

550. **Die vaginalen Wege in die Peritonealhöhle**; von E. Wertheim. (Wien. klin. Wchnschr. X. 6. 1897.)

Nach W. zeigt sich die grosse Ueberlegenheit des vorderen Scheidenbauchschnitts über den hinteren in Bezug auf die Zugänglichmachung von Uterus, Adnexen und Ligamenten bei allen in Betracht kommenden Operationen. Auch das bimanuelle Arbeiten lässt sich beim vorderen Schnitte in ausgezeichneter Weise verwerthen.

Die Vortheile des vorderen Schnittes in Bezug auf Zugänglichmachung der Beckenorgane und der von diesen ausgehenden Geschwülste sind nach W. so bedentend, dass demgegenüber die Nachtheile in Bezug auf Technik der Ausführung und Wundversorgung kaum in Betracht kommen.

Der hintere Schnitt kommt nach W. hauptsächlich für die Entleerung von in der Peritonäalhöhle befindlichen Flüssigkeiten in Betracht, da der Douglas'sche Raum den tiefsten Punkt der Peritonäalhöhle bildet.

Durch die gegenseitige Ergänzung beider Wege gelingt es nach W., die Leistungsfähigkeit des vaginalen Operirens ad maximum zu steigern, wie dies in der derzeitigen Entwickelung der vaginalen Operationtechnik zum Ausdrucke kommt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

551. **Von der chronischen und akuten Pelviperitonitis und deren Behandlung**; von Ch. Boisleux in Paris. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 167. 1896.)

B. versteht unter Pelviperitonitis eine Entzündung, die auf das Bauchfell des Beckens und der darin liegenden Organe beschränkt ist. Er behauptet, dass dabei der Eierstock, der Eileiter, der Mastdarm und die Gebärmutter zumeist gesund sind. Es verlohnt sich nicht, auf seine Darstellung der Aetiologie, Symptome, sowie der Behandlung der Pelviperitonitis einzugehen, da sie so wenig dem Stande unserer wissenschaftlichen Anschauungen entspricht, dass man die Aufnahme einer derartigen Arbeit in die für die Allgemeinheit der Aerzte bestimmte v. Volkmann'sche Sammlung bedauern muss.

Erwähnt sei nur kurz, dass B. sich häufig des Längsschnitts im hinteren Scheidengewölbe zur Eröffnung der Beckenhöhle mit nachheriger Lösung von Verwachsungen bedient. Die Bildung neuer Verwachsungen will er durch „geschickte Drainage" verhindern. Auf diese Weise will er 60 Frauen geheilt haben. J. Praeger (Chemnitz).

552. **Ueber den Abschluss septischer Höhlen bei Cöliotomien, speciell bei Operationen im kleinen Becken**; von C. Goebel. (Jahrb. d. Hamb. Staatskrankenanst. IV. p. 294. 1893—94.)

Das Verfahren, das Schede nach dem Vorgang von Frank und Hofmeier, besonders bei Pyosalpinx anwandte, bezeichnet G. als „künstliche Diaphragmabildung". Wenn bei Entfernung der Eitersäcke der Inhalt des Eileiters verdächtig erschien oder bei starker Blutung ausgelöster Verwachsungen, wurde, nachdem die Operation im kleinen Becken vollendet war, die Diaphragmabildung in der Weise angeschlossen, dass von rechts und links mit je einem fortlaufenden Catgutfaden zunächst das Peritonaeum parietale der Linea innominata durch Faltenbildung an das Peritonaeum parietale der Bauchwand angenäht wurde. Nach der Mitte zu werden zum Abschluss benutzt: vorher verwachsen gewesene und gelöste Därme (deren glatte Oberfläche nach der Bauchhöhle zu kommt), meist der untere Theil des Blinddarms, auch die Flexur, selbst Dünndärme, ferner das Netz. Waren keine Verwachsungen da, so gelingt der Abschluss der Wundhöhle im Becken von der grossen Bauchhöhle mit Hülfe der Flexur einerseits, des Cöcum andererseits. Die so abgeschlossene Wundhöhle im kleinen Becken wird mit Jodoformgaze tamponirt, die zum unteren Wundwinkel herausgeleitet wird. Sie wird am 6. bis 8. Tage herausgezogen, die Höhle dann nur noch lose mit Gaze drainirt.

In den letzten Fällen wurde, um eine Zurückhaltung von Sekret möglichst zu vermeiden, auch eine Drainage nach der Scheide zu hinzugefügt.

In dieser Weise sind 32 Kr. operirt worden. Gegenüber der gewöhnlichen Drainage sieht G. in der Methode den Vortheil, dass man die Verklebung und Verwachsung von mit unversehrtem Bauchfell überzogenen Eingeweiden verhüten, bez. einschränken kann. Gestorben sind von den 32 Kranken 5.

Bez. der Dauererfolge sind nur die Fälle bis Ende 1894 verwerthet (24 mit Diaphragmabildung). Hiervon sind bei:

	beschwerdefrei	nicht beschwerdefrei	gestorben	fraglich
Diaphragmabildung . .	45.83%	8.33%	20.83%	25.00%
Tamponade . .	55.55	11.11	22.22	11.11
primärer Bauchnaht . . .	31.43	20.00	17.14	31.43

Die Gefahr des Ileus hält G. nach den bisherigen Erfahrungen nach der Diaphragmabildung eher für geringer, als nach primärer Bauchnaht.

J. Praeger (Chemnitz).

553. **Die Dauererfolge der Ovariotomie bei malignen Ovarialtumoren.** Dargestellt an 100 Fällen der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin; von G. Kratzenstein. (Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 61. 1897.)

K. berichtet über 100 Fälle maligner Ovarialtumoren, die aus den Jahren 1879—1892 derart ausgewählt wurden, dass diejenigen Frauen, über deren Verbleib und Schicksal trotz aller Bemühungen genaue Nachrichten nicht zu erhalten waren, ausser Acht gelassen wurden. Die noch gutartigen Papillome hat K. nicht mit eingerechnet.

Direkt den Folgen der Operation erlagen 28 Frauen, davon 11 an Infektion. Von diesen Frauen hatten 5 Fibrosarkome, 2 Sarkome, 6 carcinomatös degenerirte papilläre Cystome, 7 carcinomatös degenerirte glanduläre Cystome und 8 reine Carcinome.

Von den übrigen 72 Frauen erkrankten 34 an Recidiven und 32 waren bis zur Zeit der letzten Erkundigung gestorben. Eine Betrachtung der Art der Tumoren ergab, dass die Fibrosarkome gar nicht recidiviren, dass nächstdem die Gefahr eines

Recidivs am geringsten bei Sarkomen ist, deren Malignität und Recidivirfähigkeit an anderen Organen bekannt und mit Recht gefürchtet ist. Die ungünstigsten Chancen bezüglich Recidivs bieten die Carcinome; erst an zweite Stelle tritt das krebsig degenerirte Cystom. Die krebsig papillären Cystome recidiviren dagegen leicht und schnell.

Auf Grund eigener Untersuchung oder sicherer Nachrichten konnte K. 31 Frauen als geheilt und gesund betrachten; davon hatten 11 Fibrosarkome, 4 Sarkome, 3 Combinationsgeschwülste, 5 krebsig glanduläre Cystome, 7 krebsig papilläre Cystome und 1 ein reines Carcinom.

Die längsten Fristen von Heilungen vom Tage der Operation waren: 14 Jahre 7 Monate (Carcinosarkom), 13 Jahre (je 1 Fall von Sarkom und krebsig papillärem Cystom), 10 Jahre (krebsig glanduläres Cystom), 6 Jahre 5 Monate (Fibrosarkom) und 5 Jahre 8 Monate (reines Carcinom).

Bei Annahme einer Heilungsdauer von 1 Jahr und darüber stellte sich die Zahl der Heilungen noch günstiger, d. h. auf 44%. Die besten Aussichten auf Heilung von krebsigen Tumoren geben nach K. die degenerirten papillären Cystome: von 24 sind 7 = 29.2% geheilt; die schlechtesten die reinen Carcinome: von 18 nur 1 = 5.6% dauernd geheilt.

Von den 34 Recidiven waren 12 als lokale, 3 als Lymphdrüsen-, 9 als metastatische Recidive und 8 als Weiterwucherungen zu bezeichnen.

Die Besserung der Aussichten der Operation hängt nach K. auch hier von frühzeitiger Diagnosenstellung und frühzeitiger Operation ab.

Eine tabellarisch geordnete Zusammenstellung der einzelnen Fälle ist der Abhandlung beigefügt.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

554. **Thirteen cases of strangulated ovarian cysts**; by Harrison Cripps. (Lancet Febr. 15. 1896.)

Unter etwas über 100 Ovariotomien innerhalb dreier Jahre beobachtete Cr. 13 Fälle von Achsendrehung des Stiels der Cyste. Die Symptome waren meist ausgesprochen, die Diagnose daher auch meist leicht. Die Wirkung der Stieldrehung ist verschieden je nach der Festigkeit der Drehung und dem Inhalt der Cyste. Ist die Drehung nur eine theilweise, so werden zunächst die dünnwandigeren Venen verlegt; die arterielle Zufuhr dauert an. In Folge des gesteigerten Blutdruckes kommt es zu Blutungen in die Cyste und deren Kapsel. Bald hört dann aber auch die arterielle Zufuhr nach Thrombose der Gefässe auf. In anderen Fällen geschieht die Drehung mit einem Male so vollständig, dass jede Blutzufuhr von der Geschwulst abgeschnitten wird. Cr. hält es für möglich, dass eine akute Stieldrehung sich wieder lösen und sich der Kreislauf in der Cyste wieder herstellen kann (so in Fall 12 mit 3 gleichen Anfällen nach einander). Hat der Kreislauf in der Cyste durch die Drehung aufgehört, so scheint die Natur die Cyste als Fremdkörper anzusehen und bemüht sich, sie durch entzündliche Ausschwitzung einzuschliessen. So verkleben Bauchfell, Därme, Gebärmutter, Blase, Netz u. s. w. mit der Geschwulst. Ist die Geschwulst klein, so kann sie von den Verwachsungen aus genügend ernährt werden, ist sie gross, ist der Inhalt eiterig oder sind grosse Blutmengen darin, so wird die Cyste ganz oder theilweise brandig; dabei kann der Inhalt austreten. Die Folge ist, wenn nicht eingegriffen wird, eine akute Bauchfellentzündung mit tödtlichem Ausgange.

In seltenen Fällen, wenn die Cyste klein ist, kann die Kranke vor der Drehung ohne Beschwerden gewesen sein. Meist ist jedoch vorher das Vorhandensein einer Geschwulst bekannt. Die Geschwulst hat einen langen Stiel und keine erheblichen Verwachsungen. Tritt die Drehung plötzlich ein, so erkrankt die Pat. mit Leibschmerz, Erbrechen und bemerkt meist selbst, dass die Geschwulst angeschwollen und härter ist als vorher. Objektiv ist sie fester als sonst Cysten sind und empfindlich auf Druck. Meist bewegt sich die Geschwulst zusammen mit dem Bauchfell der Bauchwand, da schnell Verlöthungen eintreten. Auch ein Krachen ist bisweilen bei Bewegung der Geschwulst zu hören. Stuhl und Harn sind meist angehalten, der Puls beschleunigt, die Körperwärme oft erhöht. Letzteres sieht Cr. meist als prognostisch günstig an.

Aehnliche Erscheinungen machen: die Entzündung einer Cyste, das Bersten einer solchen, eine Eileiterschwangerschaft, bez. Hämatocele. Ob die Entzündung einer Cyste von einer Stieldrehung oder von anderen Ursachen herrührt, lässt sich nicht unterscheiden. Bei Berstung einer Cyste sind die subjektiven Symptome dieselben, doch fühlt man an der Stelle, wo sonst die Geschwulst deutlich fühlbar war, die Umrisse undeutlich, die Geschwulst kleiner, schlaff.

Bei Eileiterschwangerschaft war die Regel meist unregelmässig oder aussetzend, in der Brust findet sich öfters Sekret, die Zeichen innerer Blutung sind ausgesprochener. Dabei findet man bei vorhandener Hämatocele diese meist in den Douglas'schen Raum herabreichend und die Gebärmutter wenig beweglich. Die Behandlung der Stieldrehung besteht in schleunigster Operation. Bei vorhandener Bauchfellentzündung räth Cr. zur Auswaschung und Drainage der Bauchhöhle.

Von den 13 Operationen verliefen 12 günstig. In dem tödtlich verlaufenen Falle war eine allgemeine Bauchfellentzündung in Folge Berstens der Cyste vorhanden. J. Praeger (Chemnitz).

555. **Zur Statistik der Geburten nach Antefixatio uteri**; von Dr. W. S. Grusdew. (Münchn. med. Wohnschr. XLIII. 46. 1896.)

Der Bericht G.'s erstreckt sich über 190 in der Kieler Klinik und in der Werth'schen Privatpraxis bis zum 1. Febr. 1896 operirte Uterusretroflexionen. In 86 Fällen wurde die Ventro-, Ventrovesico- und Vesicofixation vorgenommen, in 54 Fällen die Alexander'sche Operation und in 50 Fällen die Vaginofixation nach Mackenrodt und Dührssen ausgeführt. Unter den 190 operirten Frauen trat im Ganzen 31mal Conception ein. Alle 4 Schwangerschaften, die nach Ventrovesicofixation beobachtet wurden, verliefen ohne besondere Erscheinungen und ohne besondere Beschwerden. Von den nach der Alexander'schen Operation beobachteten 23 Schwangerschaften endigten 2 mit Abort, 3 mit Frühgeburten und 18 mit rechtzeitigen Geburten. In einem Theile dieser Schwangerschaften bestanden Schmerzen in den Operationnarben, Geburtstörungen waren niemals durch die Operation bedingt. Eine Wiederkehr der Retrodeviation wurde nur einmal beobachtet. Bei 3 Frauen, die nach Mackenrodt'scher Vaginofixation concipirten, verlief die Gravidität auch ohne besondere Beschwerden, ebenso wurden keine der von anderen Autoren beschriebenen Störungen beobachtet. In einem dieser Fälle trat nach der Geburt ein Recidiv ein. Was endlich die eine nach Dührssen operirte Frau betrifft, die nach der Operation concipirte, so bekam sie noch im 2. Monate der Gravidität ein Recidiv, worauf Abort folgte.

G. kommt zu dem Schluss, dass bei keiner der angewandten Methoden Schwangerschaft- und Geburtstörungen zu fürchten sind, wenn bei der Operation auf die Möglichkeit späterer Conception gebührende Rücksicht genommen wurde. Speciell bei der Ventrovesicofixation muss man besondere folgende Vorsichtmaassregeln beobachten: 1) bei der Bildung des Septum in der Fossa vesicouterina nur das Peritonaeum der Blase mit der Nadel fassen, 2) bei der Fixation des Uterus und der Bauchnaht den Präperitonäalraum von der Naht unberührt lassen, und 3) durch möglichst kleine Bauchwunde, strenge Aseptik und vorsichtige Behandlung des Peritonaeum dafür sorgen, dass keine zu festen Verwachsungen zwischen Uterus und Bauchwand entstehen.

Am rationellsten bleibt nach G. für die bewegliche und nicht durch Adnexerkrankungen complicirte Retroflexio uteri die Alexander'sche Operation, die an Sicherheit des Erfolges und an Ungefährlichkeit allen anderen überlegen ist.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

556. **Ueber die intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und des Abortus**; von Dr. Alfred Stieda in Giessen. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 191. 1897.)

St. berichtet über 5 Fälle von Einleitung der künstlichen Frühgeburt mit intrauterinen Ballons. Der Verlauf war für die Mütter und die Kinder günstig. Die Dauer der künstlichen Frühgeburten betrug 9—24 Stunden, im Durchschnitt 15 Stunden. Nur eine Geburt endete spontan als Schädellage; die übrigen wurden künstlich beendet, zwei durch Extraktion und zwei durch Wendung und Extraktion. Ausserdem giebt St. die Geburtgeschichten von 3 Fällen, in denen der künstliche Abort durch supracervikale Metreuryse mit selbstthätigem Zug am Ballon eingeleitet worden war. Der Erfolg der Methode war auch hier sehr günstig.

Das Verfahren, das in der Giessener Frauenklinik zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt jetzt angewandt wird, ist folgendes:

Der Barnes-Fehling'sche Metreurynter wurde so modificirt, dass die Verjüngung in der Mitte wegfällt; seine Breite beträgt 8.5 cm, seine Länge 10 cm; mit 680 ccm Flüssigkeit aufgespritzt beträgt sein Umfang 32 cm. Die gut desinficirte Schwangere wird durch eine grössere Anzahl warmer Scheidenduschen vorbereitet und die Durchgängigkeit des Cervikalkanals festgestellt. Wenn es die Durchgängigkeit des Cervikalkanals irgend gestattet, wird dann im Speculum ein dickwandiger *Braun*'scher Ballon, anderenfalls der dünnwandige Metreurynter eingeführt. „Zu diesem Zwecke wird der luftleere Ballon von der Seite her zusammengerollt, mit einer Kornzange oder anatomischen Pincette gefasst, durch den Cervikalkanal hindurchgeführt, so dass er ganz oberhalb des inneren Muttermundes zu liegen kommt, und so lange zurückgehalten, bis ein gewisser Füllungsgrad das Herausgleiten des Ballens verhindert. Der Ballon wird nun vermittelst einer grösseren Stempelspritze mit über ½ Liter sterilen Wassers gefüllt und die dicht vor der Vulva befindliche Stelle des Schlauches durch ein Bändchen gezeichnet.“ Treten innerhalb einiger Stunden keine Wehen auf, so wird am Ballon durch Befestigung des vorsichtig angespannten Schlauches am Bettende ein selbstthätiger Zug ausgeübt, der später wieder weggelassen wird. Ist der Ballon geboren, so wird die weitere Abwartung der Geburt von den jeweilig vorliegenden Umständen abhängig gemacht.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

557. **Die geburtshülfliche Bedeutung der Verengerungen des Beckenausgangs, insbesondere des Trichterbeckens**; von Rudolph Klien in München. (v. Volkmann's Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 169. Dec. 1896.)

Die Betrachtungen Kl.'s beziehen sich auf die geburtshülfliche Bedeutung der Beckenausgangsverengerung beim Trichterbecken. Derartige Verengerungen kommen nach Kl. ausser bei echten Trichterbecken, d. h. Becken mit normalem, bez. etwas plattem Eingang, auch beim kyphotischen Becken und beim allgemein verengten Becken vor. Kl. hebt nun hervor, dass hinsichtlich der Stellung der Prognose, besonders aber der Auswahl therapeutischer Maassnahmen, beim allgemein verengten Becken den Ausgangsdimensionen eine ebenso wichtige Bedeutung zukommt als den Eingangsdimensionen.

Als Trichterbecken möchte Kl. übrigens nur die im Eingang normalen, bez. einfach platten Becken angesehen haben und allgemein verengte Becken mit trichterförmig verengtem Ausgang nicht kurzweg als allgemein verengte Trichterbecken

bezeichnen. „Verengerungen des Ausgangs bei normalem Eingang fanden sich unter 439 Fällen in runder Summe 24% (Fälle mit Distant. tub. unter 9.5 cm, bez. innere Conjugata der Beckenenge) unter 10.0 cm.“ Da ein Becken mit einer Dist. tub. von 9.5 cm bei Beckenendlage schon ein für die Entwickelung des Kopfes durch die gewöhnlichen Handgriffe unüberwindliches Hinderniss abgeben kann, nennt Kl. von dieser Grenze an ein Becken mit normalem Eingang Trichterbecken.

Für die *Therapie* stellt Kl. folgende Sätze auf: Neben der exakten Beckenausgangsmessung ist die Grösse und Configurabilität des Kindeskopfs möglichst genau zu bestimmen. Nie ist eine Zange anzulegen, deren Querdurchmesser grösser ist als die Distantia tuber. ischii, d. h. unter 8 cm Dist. tub. ist keine Zange anzulegen.

Im Einzelnen empfiehlt sich nach Kl. folgende Therapie: „Kommt eine Frau erst sub partu mit ausgetragenem Kind in Schädellage zur Behandlung, dessen Kopf enge Nähte und harte Knochen aufweist, dann ist, eine Indikation zur künstlichen Entbindung vorausgesetzt, bei Becken mit:

innerer Conjugata der Beckenenge	Distant. tuber.	innerem hinteren sagittalen Durchmesser des Ausgangs
bis 9.0 cm	bis 8.5 cm	bis 7.0 cm
bis 9.0 cm	bis 8.0 cm	bis 9.0 cm

ein vorsichtiger, wenn auch energischer Zangenversuch zu machen. Ist eines dieser Maasse kleiner als angegeben, dann muss von Anfang an zum Perforatorium gegriffen werden, wenn nicht die Umstände bei lebendem Kinde eine Symphyseotomie oder den Kaiserschnitt erlauben.“ „Bei einer Dist. tub. unter 5.5 cm ist die Sectio caesarea absolut indicirt.“ „Bei Schieflagen würde die Wendung auf den Kopf der auf die Füsse vorzuziehen sein.“ „Grundfalsch ist eine Wendung auf die Füsse bei Schädellage.“ Bei kleinem, gut configurablem Kopf erscheint ein vorsichtiger Zangenversuch am nachfolgenden Kopfe noch bei einer inneren Conjugata der Beckenenge von 8.0 cm, Dist. tuber. von 7.0 cm und innerem hinteren sagittalen Durchmesser des Ausgangs von 9.0—8.0 cm (je nach der Grösse des Kopfes) erlaubt.

Kommt die Schwangere früher in Behandlung, so ist die künstliche Frühgeburt einzuleiten von der oben für die Zange bei ausgetragenen Kindern aufgestellten Grenze abwärts bis zu einer Distant. tuber. von 6.5 cm. In letzterem Falle würde ein Kind mit einer Dist. sup. von 7.5 cm, das also etwa der 34. Woche entsprechen würde, den Beckenausgang noch passiren können.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

558. **Ueber die Häufigkeit und Prognose der Zangenentbindungen** auf Grund des gynäkologischen und geburtshülflichen Materials der Tübinger Universitäts-Frauenklinik; von Dr. Engen Winternitz. (Berlin 1897. S. Karger. 8. 49 S. mit 9 Abbild. 1 Mk.)

Nach sehr beherzigenswerthen Bemerkungen über die Gefährlichkeit der Zangenoperation, namentlich bei Erstgebärenden, und über die hierbei riskirten unberechenbaren Weichtheilverletzungen kommt W. zu dem Endergebnisse, dass *bei Erstgebärenden die Entbindung mit der Zange als sogenannte Luxusoperation ganz in Wegfall kommen muss.* Als Ersatz für die Zange kommen nach W. hier in Betracht: die Kristeller'sche Expression, der Hinterdammgriff und endlich die Incision des Dammes. [Ref. möchte noch die Benutzung des aus zwei Stühlen improvisirten Gebärstuhles hinzufügen, den Ahlfeld (Deutsche med. Wchnschr. XI. 51. 1885 und Inaug.-Diss. von Hans Stoll. Marburg 1887) neuerdings wieder empfohlen hat; es ist oft erstaunlich, wie die Wirksamkeit der Presswehen durch die sitzende Stellung der Kreissenden gesteigert wird, so dass die Entwickelung des wesentlich vorangetretenen Kopfes dann leicht durch den Hinterdammgriff beendigt werden kann.]

Der *I. Theil der Abhandlung* W.'s beschäftigt sich mit *331 gynäkologischen Kranken, bei denen die erste Geburt mit der Zange beendigt wurde.* Unter diesen 331 Kranken hatten 39 = 11.78% einen completen Dammriss und konnten weder Winde, noch Stuhl halten. Ferner fanden sich bei 10 Kr. = 3.0% Harnfisteln.

Von 128 Frauen, die nach der ersten mit der Zange beendigten Geburt zur Untersuchung kamen, hatten 49 = 38.2% Lageveränderungen der Scheide und des Uterus, darunter 10 = 7.8% einen Vorfall der Scheide und des Uterus. Von 60 Frauen, die erst nach der zweiten Geburt zur Untersuchung kamen, hatten 39 = 65% Lageveränderungen des Uterus und der Scheide, davon 20, also $33^1/_3$%, der Zweitgebärenden einen vollständigen Vorfall des Uterus und der Scheide.

In 80 Fällen fand W. Narben, die 38mal ihren Ausgang von Einrissen der Portio nahmen; 28mal fanden sich Narben in der Scheide, 10mal am absteigenden Schambeinaste und 4mal waren Theile der Portio losgetrennt worden und an der Scheide angewachsen.

Auf Grund aller dieser Schädigungen stellt W. den Satz auf: *„Die Erlösung von den Wehenschmerzen durch die Zange musste schon manche Erstgebärende mit einem chronischen Unterleibsleiden, das sich an die Geburt anschloss, theuer bezahlen“.*

Im *II. Theile* berichtet W. über *die in der Tübinger Klinik in den Jahren 1882—1896 beobachteten Zangengeburten.* Bei einer Geburtenzahl von 4280 wurde 158mal die Zange angelegt = 3.6%. Von den 157 mit der Zange Entbundenen waren 85 Erstgebärende = 54.2% und 72 Mehrgebärende = 45.8%. Unter den 158 Zangen waren 6 = 3.7% hohe Zangen.

Unter den 157 mit der Zange Entbundenen haben 85 = 54.1% Verletzungen erlitten. Diese Verletzungen vertheilen sich auf 66 Dammrisse

und 6 Incisionen; zusammen 72 Dammverletzungen = 45.85% und 13 sonstige Verletzungen = 8.28%. Von den 72 Dammverletzungen kamen auf Erstgebärende 60 (54 Dammrisse und 6 Incisionen) und auf Mehrgebärende 12 Dammrisse. Ohne Dammverletzungen blieben von den 85 Erstgebärenden 25 = 29.4%, von den 72 Mehrgebärenden 60 = 83.3%. Von den 72 Dammverletzungen sind 62 = 86.2% per primam geheilt; dagegen 10 = 13.8% gar nicht oder nur theilweise geheilt. Diese 10 Fälle betreffen nahezu ausschliesslich Erstgebärende. [Auffallend ist die verhältnissmässig sehr geringe Zahl der zum Schutze des Dammes angelegten seitlichen Incisionen. Ref.]

Die Morbidität der Mütter betrug 8 = 5%; die Mortalität nach Zangenentbindungen 0%.

Von den 158 Kindern kamen 152 = 96.2% lebend zur Welt; 6 Kinder = 3.7% waren todt. Das Gewicht der Kinder schwankte zwischen 4540 und 1390 g; das Durchschnittgewicht betrug 3284 g. Von den 152 lebend extrahirten Kindern starben 5, so dass 147 lebend entlassen werden konnten. Verletzungen wurden bei den 158 Kindern 17mal = 10.7% beobachtet.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

559. **Heureux résultats de l'emploi du préhenseur-levier-mensurateur de Farabeuf**; par Albert Martin. (Gaz. des Hôp. LXX. 15. 1897.)

Farabeuf berichtet über eine ausführliche Arbeit M.'s, die in der *„Normandie médicale"* (1. und 15. Nov. 1896) abgedruckt ist und in der die von M. mit dem Farabeuf'schen Greifmesshebel (Jahrbb. CCLII. p. 50) erzielten Resultate mitgetheilt werden.

In 3 Fällen von Beckenverengerung und einer Conj. vera von 9—9.5 cm bewährte sich der Greifmesshebel sehr gut zur Durchleitung des Kopfes durch die Beckenenge. In 2 weiteren Fällen musste M. die Symphyseotomie zu Hülfe nehmen. Im 6. Falle, in dem das Kind nach vergeblichen mit dem Greifmesshebel angestellten Versuchen mit der *Tarnier*'schen Zange extrahirt worden war, starb die Mutter an den Folgen einer Infektion.

Farabeuf schliesst eine Kritik des von M. eingeschlagenen Operationverfahren ein und polemisirt dann noch gegen Budin, der das Farabeuf'sche Instrument als schädlich und vorwerflich zurückgewiesen hatte.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

560. **Zur Kenntniss und forensischen Würdigung der Geburtsverletzungen**; von Prof. Kratter. (Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 354. 1897.)

1) Eine Winkelhebamme hielt den vorliegenden Kopf des Kindes für die zu sprengende Fruchtblase und schnitt mit einer Scheere hinein, eine zweite Pfuscherin nähte die Wunde nach der Geburt mit gewöhnlichem Zwirn zusammen, das Kind starb an Pyämie.

2) Eine Winkelhebamme brachte durch Ziehen am vorgefallenen Arme eine Luxation in der Schulter mit Zerreissung der Muskeln in der Umgebung hervor. Nach Ansicht K.'s handelte es sich nicht, wie die obducirenden Aerzte angaben, um Luxation, sondern um Epiphysentrennung; eine wirkliche Luxation im Schultergelenke konnte er bei Neugeborenen gar nicht erzeugen.

3) Bei einem 6 Monate alten Fötus fanden sich Rupturen der Leber und der rechten Lunge und eine blutunterlaufene Druckmarke auf der Scheitelhöhe. Die Organrupturen mussten durch fremde Einwirkung entstanden sein, während blosse Hämatome innerer Organe nach der Erfahrung K.'s auch spontan bei protrahirten Geburten entstehen können. Die Druckmarke auf dem Kopfe war auf mechanische Fruchtabtreibung mit einem stumpfen und harten Gegenstande zu beziehen.

4) Bei einer 5 Monate alten Frucht ergab sich der äusserst seltene Befund eines ringförmigen Druckstreifens um die vorliegende Kopfhaut. Es handelte sich um einen protrahirten, ärztlich beobachteten Abort, bei dem es zu Strangulation des in die Cervix eingekeilten Kopfes durch den äusseren Muttermund gekommen war.

5) Bei einem ärztlich beobachteten Abort hatte die Mutter, als die Frucht in die Scheide trat, zugegriffen und sie herausgezogen, wobei beide Beine der 4 Monate alten Frucht und die Nabelschnur abrissen. Der Fall ist sehr lehrreich, da er beweist, wie schwere Verletzungen besonders in den zarten Geweben jüngerer Früchte durch die Selbsthülfe bei der Geburt entstehen können, auch wenn jede verbrecherische Absicht ausgeschlossen ist.

6) Bei einer 6 Monate alten Frucht war durch gewaltsame Extraktion Seitens der Hebamme neben mehrfachen äusseren Verletzungen die Leber zerquetscht und die Brustwirbelsäule zerrissen. Woltemas (Diepholz).

561. **Zur Casuistik des persistirenden Ductus omphalomesaraicus**; von R. Neurath in Wien. (Wien. klin. Wchnschr. X. 49. 1896.)

Bei der Aufnahme des 13 Tage alten Kindes in das Carolinenspital sah man aus der Mitte des Nabels einen 1 cm langen rotheu, von Schleimhaut bedeckten Zapfen vorragen. Von der Spitze der Geschwulst aus liess eine Fistelöffnung eine Sonde 8 cm weit nach hinten eindringen. Aus der Oeffnung wurde schleimig-seröse Flüssigkeit, nie Koth entleert. Es wurde ein persistirender offener Ductus omphalomesaraicus mit Vorfall der invertirten Gangwand, also eine angeborene Dünndarmnabelfistel, diagnosticirt. Mit Rücksicht auf die Gefahr des Vorfalls invertirter Darmschlingen durch die Nabelfistel oder eines Darmverschlusses, bez. auch des Zurückbleibens einer dauernd nässenden Fistel wurde bei dem 3 Wochen alten Kinde der Vorfall mit der umgebenden Nabelhaut umschnitten, dann das Divertikel vorgezogen und hart am Ileum abgetragen, dann die Darmwunde genäht, der Darm versenkt und die Bauchwunde geschlossen. Das 6 cm lange Divertikel setzte an der dem Gekröse gegenüberliegenden Seite des Darms an und besass selbst kein eigenes Gekröse. Histologisch zeigte es den Bau der Dünndarmwand. Bisher sind 4 derartige Radikaloperationen veröffentlicht worden, von denen eine tödtlich endete. J. Praeger (Chemnitz).

562. **Ein Fall von Dünndarmprolaps durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus**; von Dr. C. Arndt in Göttingen. (Arch. f. Gynäkol. LII. 1. p. 71. 1896.)

Bei einem 21 Tage alten Knaben hatte sich ein Stück des Dünndarms durch den offen gebliebenen Ductus omphalo-entericus derart vorgestülpt, dass es als 9 cm langes wurstförmiges Rohr mit zwei den Umstülpungspunkten entsprechenden Oeffnungen ausserhalb des Nabelrings lag. Ausserdem fand sich ein haselnussgrosser Tumor am Nabel (Enteroteratom). Nach Eröffnung der

Leibeshöhle (Rungo) liess sich die vorgefallene Dünndarmschlinge durch Zug reponiren. Der nun leer gewordene Ductus wurde nahe dem Nabel durchschnitten, an seiner Aussenfläche angefrischt und durch Naht geschlossen. Tod des Kindes nach Austritt von Koth durch die Nahtstelle. (Die anatomische Untersuchung ist in der Dissertation von W. Ophüls: Beitr. zur Kenntniss der Divertikelbildungen am Darmkanal. Göttingen 1895 gegeben.) Broain (Dresden).

563. **Zur Casuistik und Aetiologie der Melaena neonatorum**; von Dr. Leop. Fischer in Heidelberg. (Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 19. 1897.)

Das 3. Kind gesunder Eltern bekam etwa 20 Stunden nach seiner Geburt Bluterbrechen und bald darauf auch blutige Ausleerungen. F. gab Liquor Ferri sesquichlorat. 0.5 in 100.0 mucilag. Salep.; das Kind genas, blieb aber dürftig, blass, wenig widerstandsfähig mit einer ausgesprochenen Neigung zu schweren Darm- und Lungenkatarrhen.

Da die Mutter des kleinen Kranken wahrscheinlich in leichtem Grade Bluterin war, nimmt F. für seinen Fall (mit Pott) eine „angeborene transitorische Hämophilie“ an. Unter denjenigen Umständen, die durch Blutüberfüllung des kleinen Körpers zur Melaena Anlass geben können, scheint ihm die *zu späte* Abnabelung nicht genügend beachtet. Das Blut eines 3000 g schweren Neugeborenen beträgt nur 158 g und es ist anzunehmen, dass durch kräftige Uteruszusammenziehungen 80—100 g Blut aus der Placenta ausgedrückt werden können. Dippe.

564. **La tétanie chez l'enfant**; par C. Oddo. (Revue de Méd. XVI. 6. 7. 8. 9. 1896.)

In seiner umfangreichen Arbeit fasst O. die Resultate der modernen Untersuchungen und Anschauungen über die Tetanie im Kindesalter zusammen. Ausführlich sind die einleitenden historischen Notizen und die Kritik der reichen Literatur, die die Tetanie aufzuweisen hat. O. bespricht die Symptomatologie, die Prodrome, die Krampfzustände (Betheiligung der Glieder, der Rumpfmuskulatur, des Zwerchfells, des Larynx), das Vorkommen allgemeiner Convulsionen, die Störungen des sensiblen und vasomotorischen Nervensystems. In Anlehnung an die Trousseau'sche Eintheilung unterscheidet O. 6 Formen, mehr quantitativ als qualitativ symptomatologisch getrennte Typen. Die Prognose der kindlichen Tetanie ist im Allgemeinen gut. Die schwere Form kommt besonders bei Kindern mit starken Verdauungsstörungen, im Verlaufe von ernsten Gastro-Enteritiden vor; sie endet zuweilen mit dem Tode.

Im Vordergrunde des Interesses steht die Frage nach Aetiologie und Pathogenese der Krankheit. O. ist entschiedener Anhänger der Theorie der Autointoxikation gastro-intestinalen Ursprungs. Auch klinische Symptome scheinen ihm für die toxische Natur der kindlichen Tetanie zu sprechen (Fieber, Hautausschlag, Indican und Aceton im Urin). Die Beziehungen der Tetanie zur Rhachitis sind in dem gemeinsamen Ursprunge beider Leiden zu suchen (schlechte hygieinische Bedingungen, mangelhafte Ernährung). Die Nothwendigkeit einer Unterordnung der kindlichen Tetanie unter die Rhachitis erkennt O. nicht an; ebenso verwirft er die rheumatischen und die nervösen Theorien ihrer Entstehung.

Die Ungleichmässigkeit in der Häufigkeit des Leidens ist wohl vor Allem auf die ungleichmässige Auslegung der Symptome, ungleichmässige diagnostische Ueberlegungen zurückzuführen.

Die Therapie ist eine causale und symptomatische. Patzki (Leipzig).

565. **Tetanie, Laryngospasmus und ihre Beziehungen zur Rhachitis**; von Dr. Rudolf Fischl. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. 1897.)

F. bestätigt zunächst auf Grund seiner Beobachtungen an einem sehr zahlreichen poliklinischen Krankenmateriale das epidemische Auftreten der Tetanie, ihr endemisches Auftreten in Schulen u. s. w., die Häufung der Fälle in der kalten Jahreszeit und unter der ärmeren Bevölkerung, ihr Fehlen auf dem Lande. Als sicheres Krankheitzeichen der Tetanie lässt er nur die typischen Krämpfe gelten, dem Trousseau'schen Phänomen (Aderlassbinde), sowie dem Erb'schen legt er keinen grossen Werth bei. Sodann bestätigt F., dass ein grosser Theil der Kranken mit Laryngospasmus auch Zeichen der Tetanie darbietet; er untersucht jeden Fall von Laryngospasmus auch auf Tetanieerscheinungen.

Da ferner unter 108 Fällen von Stimmritzenkrampf 63.8% die Erscheinungen starker Rhachitis zeigten, schloss F. auf ein häufiges Zusammentreffen dieser zwei Zustände, indess einen bindenden Zusammenhang konnte er nicht feststellen. Während in Prag die Rhachitis ihre höchste Häufigkeitziffer im April erreicht, fallen die meisten Fälle von Tetanie in den Februar, die meisten von Stimmritzenkrampf in den März, weshalb F. aus dem zeitlichen Verlaufe obiger drei Krankheiten keinen so innigen Zusammenhang ableiten kann, wie dies Kassowitz thut.

Da nun 73% der Kranken mit *Tetanie* an *Magendarmstörungen* litten, schreibt F. den letzteren, *nicht* der englischen Krankheit, eine ursächliche Bedeutung für die Tetanie zu und erklärt den inneren *Zusammenhang* der drei Krankheiten für eine noch *offene Frage.*

Radestock (Dresden).

VIII. Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.

566. **Ueber Infiltrationsanästhesie und regionäre Cocainanästhesie**; von Dr. Braun. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 17. 1897.)

Die Methode der Schleich'schen *Infiltrationanästhesie* hat ihre natürlichen Grenzen, die nicht bloss sachlich (durch anatomische Verhältnisse, körperliche und psychische Eigenschaften des Kranken) begründet, sondern auch von dem Charakter des einzelnen Chirurgen beeinflusst sind. Sicher werden die meisten Chirurgen die Grenzen der Infiltrationanästhesie enger ziehen, als dies Schleich selbst gethan hat.

Der Zweck der Br.'schen Arbeit ist ein doppelter: einmal der, die Grenzen der Infiltrationanästhesie zu erweitern, und ein anderes Mal der, ein gewisses Gebiet ihr zu entziehen. Br. hat eine auskochbare Spritze construirt, deren Asbeststempel durch eine Schraube bewegt wird. Die Anwendnng dieser einfach zu handhabenden Spritze erleichtert die Technik der Infiltration überhaupt, wie ganz besonders bei straffen Geweben (Kopfschwarte, Narbengewebe). Andererseits kennen wir aber seit langen Jahren schon eine Form der Cocainanästhesie (*regionäre Cocainanästhesie* von Corning, Reclus, Oberst), die, wo sie anwendbar ist, der Infiltrationanästhesie weit überlegen erscheint.

Es zeigt sich nämlich: 1) dass 1proc. Cocainlösungen stets und überall genügen, um eine regionäre Cocainanästhesie zu erzeugen, 2) dass dies nur da ganz sicher und vollkommen gelingt, wo sich die Blutzufuhr abschneiden lässt, und wo alle peripherischen Anastomosen sensibler Nerven ausgeschaltet werden können, nämlich an den Fingern und Zehen, 3) dass die volle Anästhesie in dem betroffenen Nervengebiete erst etwa 5 Minuten und selbst länger nach der Cocaineinspritzung eintritt, während die lokale Infiltrationanästhesie sofort nach der Injektion ihre Höhe erreicht. Um also Finger oder Zehen anästhetisch zn machen, umschnürt man ihre Basis mit einem Stück Drainageschlauch und knotet ihn am Hand- oder Fussgelenk. Dicht peripherwärts von dem Schlauche wird mit peripherwärts gerichteter Spritze an den 4 Stellen, wo die Nervenstämme verlaufen, je eine *subcutane* Injektion von $^1/_4$—$^1/_2$ *Pravaz*'scher Spritze 1proc. Cocainlösung (im Ganzen also 0.01—0.02 salzsaures Cocain) gemacht.

Diese 4 Injektionen sind nöthig, auch wenn nnr auf einer Seite des Gliedes operative Eingriffe vorgenommen werden sollen, um eben peripherische Nervenanastomosen auszuschalten. Nach Ablauf von 5 Minuten ist der ganze Finger oder die ganze Zehe anästhetisch, nnd es können beliebige Operationen, Eröffnung von Panaritien, Extraktion von Nägeln, Exartikulationen, Ampntationen u. A. m. schmerzlos ausgeführt werden, also Alles Operationen, die täglich in grosser Zahl gemacht werden müssen. Die Anästhesie hält so lange an, als die Blutzufuhr abgeschnitten bleibt.

Br. hat diese besonders von Oberst ausgebildete Methode seit 8 Jahren in Tausenden von Fällen verwendet und empfiehlt sie ihrer technischen Einfachheit, Sicherheit und Ungefährlichkeit halber dringend zur Nachahmnng.

P. Wagner (Leipzig).

567. **On the disinfection of the hands**; by Rob. F. Weir. (New York med. Record LI. 14. p. 469. April 1897.)

W. kommt auf Grund zahlreicher klinischer Versuche über die Desinfektion der Hände, die durch Controlversuche (künstliche Infektion und Culturverfahren) gestützt werden, zu folgenden Schlüssen. Die Sublimatdesinfektion erscheint ihm unzuverlässig. Als am sichersten erwiesen sich Alkohol, Chlor in statu nascenti, oder hypermangansaures Kali. Allen Proceduren voraus ging eine gründliche Reinigung mit heissem Wasser, Seife und Bürste. Die Chlorentwickelung wurde in genügender Weise erreicht durch den vereinigten Gebrauch von Chlorkalk (Bleichpulver) und krystallisirter Soda, die mit etwas Wasser befeuchtet in der Hand und an den Vorderarmen zu einem Brei verrieben wurden (Abspülen in sterilisirtem Wasser). Die Nebenwirkungen bei diesem Verfahren (Verseifung der Hautfette und Anflösung der oberflächlichen Epidermislager) nnterstützen die Desinfektion wesentlich. Es soll ausserdem schonender für die Hände sein, wie die Alkoholdesinfektion.

F. Krumm (Karlsruhe).

568. **Ueber Nähmaterialien und deren Auswahl für chirurgische und gynäkologische Zwecke**; von Prof. A. von Gubaroff in Jurjeff-Dorpat. (Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 213. 1897.)

v. G. empfiehlt nach eigener Vorschrift zubereitete feste, derbe, glatte Hanf-, bez. Leinenfäden als vorzügliches chirurgisches Nähmaterial. Als besondere Vorzüge führt v. G. an: Die Fäden sind ganz glatt, dem Silkworm sehr ähnlich, leicht knüpfbar, im Vergleiche zur Seide und dem Silkworm sehr billig und schliesslich verwickeln sie sich nicht wie die gedrehte Seide.

Die Zubereitung der von v. G. benutzten sogenannten englischen Leinenzwirne, die in Sachsen hergestellt werden, ist folgende; Nach Auskochen in Sodalösung und Wasser und Aufbewahrung in Alkohol werden die getrockneten, auf Glasröllchen gewickelten Fäden 24 Stunden in eine 25—30proc. Lösung von Celloidin (Schering) in gleichen Theilen von Alkohol und Aether eingelegt. Zu dieser Lösung wird circa 1% durch Kochen sterilisirtes Ol. Ricini zugesetzt. Nach Entfernung des überschüssigen Collodium werden die Fäden trocken aufgerollt und trocken aufbewahrt. Vor dem Gebrauche kocht man die Fäden

in einer 1prom.-Sublimatlösung aus, zuerst 6—8 Stunden, dann unmittelbar vor der Operation.

Arth. Hoffmann (Darmstadt).

569. **Ueber die Verwerthung der nicht drainirenden Nähseide**; von Dr. O. Schäffer in Heidelberg. (Centr.-Bl. f. Gynäkol. XX. 46. 1896.)

Sch. hat, um der Seide die Fähigkeit zu nehmen, Flüssigkeit aufzusaugen und dadurch eventuell eine Infektion herbeizuführen, die Seide durch Evens und Pistor, Cassel, mit Guttapercha imprägniren lassen. Die Gebrauchsfähigkeit der Seide leidet dabei in keiner Weise. Glaeser (Danzig).

570. **Zur Wundbehandlung**; von Dr. B. Majewski. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 14. 1897.)

M. verwendet seit Jahresfrist bei allen Rissquetsch-, Schuss- und Bisswunden, die von Anfang an als inficirt angenommen wurden, ferner bei Panaritien, Geschwüren und Phlegmonen ausschliesslich eine 25proc. *Hydrargyrum oxyd. flavum Salbe* (mit Vaseline). Während dieser Zeit wurde kein Rothlauf, keine accessorische Phlegmone beobachtet. Bei sehr schweren Infektionen stellten sich leichte, nicht blutige Diarrhöen ein; Salivation wurde ganz vereinzelt beobachtet; schwere Vergiftungen kamen nicht vor. Die Ursache dürfte in der vorsichtigen Anwendung der Salbe zu suchen sein. Sie wird auf eine sterilisirte Gaze dünn aufgetragen, und die Wunde mit einer einfachen Lage derart bedeckt, dass auf die gesunde Haut nichts zu liegen kommt und die Salbe die Wundränder nicht überragt.

Auch bei lokalen tuberkulösen Herden bewährte sich diese Salbenbehandlung vortrefflich.

Zum Schlusse empfiehlt M. seine Wundbehandlung auch für die Kriegschirurgie.

P. Wagner (Leipzig).

571. **Ueber das Offenhalten von operirten Abscessen durch Drahthaken**; von Dr. E. Braatz. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 16. 1897.)

Zum Offenhalten eines geöffneten Abscesses, einer eiterigen Phlegmone bedienen wir uns entweder der Tamponade oder der Drainage. Beide Mittel genügen aber nur unvollkommen oder gar nicht, wenn die Wundränder die Neigung haben, sich aneinander zu legen, und wenn sich aus buchtigen Höhlen dickflüssiger Inhalt entleeren soll. Br. empfiehlt deshalb zum Klaffenderhalten der Wundränder entsprechend klemmenartig oder spiralig gebogene Drahthaken, die sich von selbst halten. Nach Einlegen der Haken kann man die Wundhöhle auch drainiren oder locker mit Gaze austamponiren. P. Wagner (Leipzig).

572. **Ueber die Behandlung der Kinderlähmung mit Funktionstheilung und Funktionsübertragung der Muskeln**; von Dr. T. Drobnik. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIII. 4 u. 5. p. 473. 1896.)

Die Methode der Sehnenplastik und der Funktionübertragung eines gesunden Muskels auf den gelähmten, die Dr. zuerst in einem Falle von Pes equino-varus paralyticus vor etwa 5 Jahren anwandte, ist von ihm in der Behandlung der Kinderlähmungen weiter erprobt und durch die complicirtere „Funktionstheilung" der Muskeln erweitert worden. Er berichtet bereits über 16 Operationen, fast ausschliesslich Sehnenplastiken am Unterschenkel (Pes equino-varus, valgus, calcaneus etc.), bei denen der Erfolg im Allgemeinen ein recht günstiger gewesen sein soll. Im Anschlusse an die Mittheilung der Krankengeschichten bespricht Dr. das von ihm befolgte Verfahren und die Nachbehandlung. Die fächerförmig, in mehreren Portionen entspringenden Muskeln eignen sich am besten zur Funktiontheilung. Vor der Befestigung des zu überpflanzenden Muskelsehnenstückes wird das Glied in hypercorrigirte Stellung gebracht, in der es durch einen entsprechenden Verband auch bis zur Heilung fixirt gehalten wird.

Die Nachbehandlung richtet sich während der ersten Zeit vor Allem auf die Schonung der frisch verlagerten Muskeln, allmählich ist mit Elektricität, Massage, aktiven und passiven Bewegungen zu beginnen. Nur in seltenen Fällen wird man wohl ganz ohne orthopädische Stützapparate auskommen (vgl. Jahrbb. CCLIV. p. 173. Vulpius).

Patzki (Leipzig).

573. **Heilung einer in Folge traumatischen Defektes bedingten Lähmung des Radialis durch Vernähung des peripheren Endes dieses Nerven mit dem Medianus**; von Dr. C. Sick u. Dr. A. Sänger. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 271. 1897.)

Conservative Behandlung einer linksseitigen *complicirten Oberarmfraktur* mit ausgedehnter Weichtheilverletzung bei einem 5jähr. Knaben. Der N. radialis war mit einzelnen Verästelungen aus dem Vorderarm ausgerissen. Rasche *Heilung; vollkommene Radialislähmung.* 2 Monate später Freilegung des Radialis; der Defekt war so gross, dass an eine Vereinigung der Nervenenden nicht gedacht werden konnte. *Es wurde deshalb aus dem Medianus eine Nervenbrücke nach dem peripherischen Radialisende herübergeschlagen und mit diesem vereinigt.* Elektrische Nachbehandlung. 2 Mon. später noch vollkommene Radialislähmung. Der Kranke entzog sich dann der Behandlung und stellte sich erst nach $1^1/_2$ Jahren wieder vor: *Die Hand war funktionsfähig, die Radialislähmung fast vollkommen verschwunden.* Eine Untersuchung mehrere Monate später ($2^1/_4$ Jahre nach der Nervenoperation) ergab Folgendes: Die Hand und die 4 Finger mit Ausnahme des Daumens werden gut extendirt; die Hand ist zu jeder Verrichtung brauchbar. Der Daumen steht unter den übrigen Fingern, ist etwas adducirt und kann weder gestreckt, noch abducirt werden. Die Kraft beider Hände ist gleich gross; die Sensibilität scheint intakt zu sein. *Faradische Untersuchung:* Vom N. radialis vom Oberarme aus keine Zuckung. *Bei Reizung des Medianus oberhalb des Ellenbogens und oberhalb der Verbindung mit dem Radialis tritt Flexion der Finger ein. Bei Reizung an der Abgangsstelle der Medianusbrücke zu dem Radialis tritt Extension der Finger ein, die bei längerer und stärkerer Reizung in Flexion übergeht.*

Physiologisch kann dieses eigenthümliche Verhalten durch die *Neurontheorie* erklärt werden. Der Willensimpuls gelangt von der Hirnrinde wie bisher in das 5., 6. und 7. Cervikalsegment. Die Erregung wird von den Vorderhornzellen aufgenommen, jetzt aber nicht mehr in der Radialisleitung, sondern in der Medianusleitung fortgeführt.

Oder man kann auch annehmen, dass die Funktion der Ganglienzellen in der Hirnrinde, speciell des Kindes, keine constante ist, und dass in diesem Falle durch die in Folge der elektrischen Behandlung der Gehirnrinde auf dem Medianuswege zugeführten Reize die betreffende Stelle der Cortex auf die neue Bewegungsform der Extension richtig eingeübt wurde. P. Wagner (Leipzig).

574. **Ueber den Lupus der Finger und Zehen**; von Dr. H. Küttner. (Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 39. 1897.)

Die *lupösen Erkrankungen der Hände und Füsse* verdienen die Beachtung der Chirurgen namentlich wegen der schwerwiegenden Veränderungen, die sie an den genannten Körpertheilen herbeizuführen vermögen. Einmal kommt es durch Narbenzug zu eigenthümlichen Verkrümmungen und Verkürzungen, die die Funktion des Gliedes schwer beeinträchtigen, oder aber die lupöse Infiltration greift in die Tiefe und führt dann zu ausgedehnten Zerstörungen mit der Rücksichtslosigkeit einer malignen Neubildung.

Sehr viele Beobachtungen über diesen Gegenstand liegen noch nicht vor. K. beschreibt deshalb 11 Fälle aus der Bruns'schen Klinik. In 4 Fällen handelte es sich um *lupöse Verstümmelungen* (*Lupus mutilans*), und zwar 2mal um den sogen. epitheliomartigen Lupus, während in den beiden anderen Fällen die Geschwüre der Hand die gewöhnliche Form des geschwürigen Lupus aufwiesen.

Die *Mutilation* kommt an Fingern und Zehen auf dreierlei Weise zu Stande: entweder geht von der Peripherie her eine Phalanx nach der anderen verloren oder es werden aus der Continuität einzelne Phalangen ausgestossen oder schliesslich die Verstümmelung erfolgt dadurch, dass der lupöse Process an einer Stelle eines Fingers ringförmig in die Tiefe greift. Bei allen lupösen Verstümmelungen finden sich erhebliche *elephantiastische Verdickungen* der betroffenen Theile, starke *Narbenschrumpfungen*, sowie häufig *Syndaktylien*. *Differentialdiagnostisch* kommt hauptsächlich die *syphilitische Erkrankung der Finger und Zehen* in Betracht, und zwar speciell die zur Vereiterung führende Form der syphilitischen Phalangen-Periostitis. In allen Fällen des mutilirenden Lupus kam es über kurz oder lang, nach mehrfachen vergeblichen Versuchen einer conservativen Therapie, schliesslich doch zur *Amputation*.

In 7 Fällen fand sich der sogen. *verkrüppelnde Lupus*, der, obwohl er oberflächlich und in weitaus den meisten Fällen auf die Haut beschränkt bleibt, zu schweren Veränderungen an den benachbarten Gelenken und Knochen, und zwar an den Gelenken zu Contrakturen, Subluxationen und Luxationen, sowie zu Veränderungen der Gelenkflächen, an den Knochen zu den verschiedenartigen Störungen des Knochenwachsthums führt. *Differentialdiagnostische* Schwierigkeiten bietet der verkrüppelnde Lupus kaum, nur mit der *Lepra* besteht eine auffallende äussere Aehnlichkeit. Frühzeitig in Behandlung kommende Kr. geben keine schlechte *Prognose*. Meist aber kommen die Kr. erst mit sehr erheblichen Veränderungen, so dass eine Ausheilung nicht ohne Opferung eines oder mehrerer Finger, vielleicht sogar des ganzen Gliedes zu erreichen ist. P. Wagner (Leipzig).

575. **Sixty one cases of partial and complete excision of the tongue**; by W. J. Wheeler. (Dubl. Journ. CIII. 3; April 1897.)

W. berichtet über 61 Fälle von Zungenexstirpation wegen Carcinom. Keiner seiner männlichen Kranken war unter 40 Jahre alt, nur 1 Frau darunter. W. hat nur einen Todesfall in Folge der Operation (Methode Kocher's ohne Tracheotomie) erlebt (Asthenie).

29mal hat er ein Recidiv gesehen, darunter allerdings Fälle, in denen eine radikale Entfernung von vornherein unwahrscheinlich war. Von 22 Kr. konnte er keine direkten Nachrichten erhalten, von ihnen sind 5 nach indirekten Nachrichten 3 bis 4 Jahre gesund geblieben. Von den übrigen hat die Heilung bei 7 1—15 Jahre Stand gehalten. 3 Kr. sind erst seit 2—7 Monaten operirt.

W. bevorzugt die Operation vom Munde aus eventuell mit Wangenschnitt oder temporärer Resektion des Unterkiefers. Die präliminare Unterbindung der Art. ling. hält er für ebenso unnöthig, wie die Tracheotomie. Die Durchtrennung der Zunge hat er gewöhnlich mit dem schneidenden Thermokauter ausgeführt. Grosses Gewicht ist auf die peinliche Sauberhaltung des Mundes vor und nach der Operation zu legen.

F. Krumm (Karlsruhe).

576. **Disarticulation and excision of the lower jaw entirely from within the mouth (without a scar)**; by J. A. Wyeth. (New York med. Record LI. 12. p. 400. March 20. 1897.)

W. hat in zwei Fällen die eine Unterkieferhälfte vom Munde aus ohne äusseren Schnitt entfernt. Einmal subperiostal, das 2. Mal unter Mitnahme des Periost und dessen Umgebung wegen Osteosarkoms. Der Schluss der Operation nach Auslösung des Kiefers bis zum Kieferwinkel gestaltete sich so, dass der Knochen oberhalb mit einer Knochenzange gefasst und mehrmals in derselben Richtung aus dem Gelenk herausgedreht wurde bis die Gelenkbänder gerissen waren und das Herabziehen des Proc. coronoid. soweit gelang,

dass die Sehne des Temporalmuskels mit einer Scheere losgetrennt werden konnte. Durch die Torsion wurde gleichzeitig die Blutung verhütet. Die Nachbehandlung bestand in Gazetamponade. Später wurde eine Prothese getragen. Der kosmetische Erfolg war ein guter. Die Heilung hat im 2. Falle schon 15 Monate Bestand ohne Recidiv.

F. Krumm (Karlsruhe).

577. **Die Operation der Nasenrachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie**; von Prof. W. J. Rasumowsky. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 364. 1897.)

R. hat 8 Kr. mit *Nasenrachenpolypen* operirt, davon 7 radikal. Sämmtliche Kr. genasen. In 4 Fällen kam die präventive Tracheotomie zur Anwendung. Zweimal traten schwere Complikationen ein: in einem Falle war es eine sehr starke Blutung in Folge eines unzweckmässigen Ecraseurs, in dem anderen Falle eine Blutaspiration, die jedoch, Dank der vorausgegangenen Tracheotomie, nicht zum Tode führte. Das Wichtigste bei der *Operation der Nasenrachenpolypen* sind die *Blutungen*, die eine „schreckenerregende Intensität" erreichen können. Die Operation soll deshalb niemals an durch vorausgegangene Blutungen zu sehr erschöpften Kr. vorgenommen werden, vielmehr müssen sich diese durch Ruhe und geeignete Kost erst wieder erholt haben. Die die Nasenrachenpolypen charakterisirenden Blutungen beruhen meist auf einer Stauungshyperämie. Für solche Fälle eignen sich behufs der Blutstillung nicht die Carotisunterbindung, sondern vielmehr die *Tracheotomie*, sowie diejenigen Mittel, die den Umfang der Geschwulst verringern, hauptsächlich also die *Elektrolyse*.

Das zweite Mittel zur Vermeidung der Gefahren einer Blutung während der Operation besteht in der *Auswahl der geeigneten Operationmethode*. R. empfiehlt am meisten die Methode von Ollier: *Temporäre Nasenresektion*, Aufklappen der Nase nach unten, die nicht nur einen genügend breiten Zugang zur Operationstelle giebt, sondern auch in kosmetischer Hinsicht günstig ist. Die Abtragung der Polypen selbst erfolgt am zweckmässigsten mit der *galvanokaustischen Schlinge*; danach wird der Pharynx regelrecht austamponirt. Gegen *Blutaspiration* und nachfolgende *Schluckpneumonie* schützen am besten die *präventive Tracheotomie* und das Einlegen der *Trendelenburg'*schen Tamponkanüle. Die einzelnen Krankengeschichten werden ausführlich mitgetheilt.

P. Wagner (Leipzig).

578. **Eine neue einfache Vorrichtung zur Beseitigung der durch abnorme Communikation zwischen Mund und Mundtheil des Rachens einerseits und Nase und Nasentheil des Rachens andererseits bedingten Sprachstörung**; von M. Saenger. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 417. 1897.)

S. hat einer 6³/₄jähr. Pat. mit angeborener Spaltung des weichen Gaumens, bei der 2mal vergeblich operirt worden war, die Stimme einen ausgesprochen nasalen Klang hatte und besonders die Bildung der Consonanten stark beeinträchtigt war, durch folgendes Verfahren geholfen: zwei 6 mm lange Röhrchen von ovalem Querschnitt, 8 mm Durchmesser, mit einer am Ende des Röhrchens, nicht luftdicht eingefügten, nach innen sich öffnenden Thür versehen, wurden, die Thüren nach vorn gerichtet, durch übergestreifte Gummischläuche in den Nasenlöchern fixirt. Bei der Einathmung öffneten sich nun die beiden Thüren der Nasenventile, bei der Ausathmung trat Schluss ein. Beim Zustandekommen der Consonanten wurde dadurch auf einfache Weise die Exspirationluft verhindert durch die Nase nach aussen zu entweichen. Bei Bildung der Resonanzlaute kann das nothwendige Entweichen der Exspirationluft durch die nicht luftdichten Thüren der Nasenventile stattfinden. Auch das Näseln wurde durch die Instrumente völlig beseitigt.

F. Krumm (Karlsruhe).

579. **Eine chirurgisch wichtige Anomalie der Arteria lingualis**; von Dr. E. Funke. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 323. 1897.)

An der Leiche eines 47jähr. Mannes fand F. eine *Lageanomalie der Lingualarterie*, die chirurgisch insofern wichtig ist, als die Arterie in einem solchen Falle schon beim Aufsuchen behufs Unterbindung verletzt werden könnte. Die Art. lingualis entsprang beiderseits 12 mm nach aussen von der Art. thyreoidea sup. aus der Carotis ext., wandte sich rechtwinklig von ihr ab, dem M. hypoglossus zu, verlief nicht unter, sondern auf ihm zwischen N. hypoglossus und grossem Horn des Zungenbeins in sanftem, dem Zungenbeine zugewandtem convexen Bogen, wurde dann vom N. hypoglossus gekreuzt und wandte sich rückwärtsbiegend zwischen dem medialen Rande des M. hypoglossus und dem lateralen des M. genioglossus in die Tiefe.

Die Erklärung für diese anscheinend noch nicht beschriebene Lageanomalie ist nach F. in den normal bestehenden Gefässanastomosen zu suchen.

P. Wagner (Leipzig).

580. **Zur Casuistik der Gefässverletzungen**; von Dr. P. Klemm. (Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. 1897.)

Es ist ein hervorragendes Verdienst von v. Wahl, die Symptomatologie der *partiellen Verletzung arterieller Gefässstämme* um ein bedeutungsvolles Zeichen vermehrt zu haben: ein unmittelbar nach der Verletzung auftretendes, mit dem Herzschlag isochrones Geräusch, das einen schabenden oder blasenden Charakter hat. Die Wichtigkeit dieses Zeichens verdient desto mehr in den Vordergrund gehoben zu werden, weil es häufig das einzige Symptom ist, das den Operateur zur Aufsuchung und Ligatur des verletzten Gefässes auffordert. Kl. theilt einen Fall von *Stichverletzung der Art. carotis comm.* mit, in dem das Geräusch zur Diagnose verwerthet werden konnte. Doppelte Ligatur und Excision des verletzten Gefässstückes. Der Kr. starb 6 Stunden nach der Operation. Die *Ligatur der Carotis communis* ergiebt, aus welchem Grunde sie auch vorgenommen sein mag, kein sehr günstiges Resultat, am schlechtesten sind die Erfolge bei Blutungen (59²/₃ Todesfälle). Um die nach der Unterbindung auftretenden intracerebralen Ernährungstörungen des Gehirns zu vermeiden,

empfiehlt sich in Fällen von kleiner und scharfrandiger Gefässverletznng jedenfalls der *Versuch, die Ligatur durch die Gefässnaht zu ersetzen.*

Von *Verletzungen grösserer Venen* theilt Kl. zunächst einen Fall von *Stichverletzung der V. subclavia infraclavicularis* mit. *Wandständige Ligatur. Heilung.*

Von grösstem praktischen Interesse ist die *Diagnose der Verletzung grösserer Venenstämme.* Als Primärsymptom werden wir hier nur die Blntung, sowie die ans dieser hervorgehenden Folgezustände (Blässe, Kleinheit des Pulses, Ohnmachten n. A. m.) verwerthen können. Können primär keine Anhaltepunkte für die Verletzung einer grösseren Vene gewonnen werden, so bleibt nichts übrig, als auf das Eintreten sekundärer Symptome zu warten, die das Weiterbestehen einer Blutung wahrscheinlich machen: Nachblutungen, grössere Hämatome.

Wir besitzen drei Möglichkeiten, die *Venenwunde zu schliessen:* 1) die doppelte Ligatnr des Gefässes; 2) die seitliche Ligatur oder das temporäre Anlegen von Klemmpincetten; 3) die Gefässnaht. Die ausgiebigste Anwendnng wird wohl stets die *doppelte Ligatur* finden; sie ist leicht ausführbar und gewährleistet den sichersten Verschluss. Sie ist angezeigt bei grösseren Gefässwunden mit ungleichmässigen und gerissenen Wundrändern und bei wahrscheinlicher Infektion der Wnnde. Der *seitliche Verschluss der Venenwunde durch Abbinden oder Gefässnaht* wird sich in der Regel auf kleinere und scharfrandige Läsionen der Gefässwand beschränken. Ganz besonders ist die *Venennaht* als die Methode anzusehen, die für Verletzungen grösserer Venen auf dem Operationtische, sei es, dass diese nnabsichtlich gesetzt wurden, sei es, dass die erkrankte Venenwand bei der Operation von Nenbildungen mit weggeschnitten wurde, in Anwendung gezogen zn werden verdient.

P. Wagner (Leipzig).

581. **Die subcutane Exstirpation der tuberkulösen Lymphdrüsen des Halses**; von J. Dollinger. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 610. 1897.)

Zur Vermeidung der grossen Narben nach Drüsenexstirpationen am Halse, hat D. ein Verfahren ersonnen und ausgebildet, das er als subcutane Exstirpation bezeichnet und das er in 40 Fällen (in 30 Heilung per primam intent., in 7 Gegenöffnungen) erprobt hat. Das Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass von einem Hautschnitt in der Occipitalgegend aus, innerhalb der Grenze des Haarbodens, unter stumpfem, subfascialem Vordringen die Drüsen (möglichst stumpf) exstirpirt werden.

D. hat auf diese Weise nicht nur die leicht erreichbaren Drüsen hinter dem oberen Kopf des Sterno-cleido-mastoideus und hinter dem Kieferwinkel, sondern auch die Drüsen der Submaxillargegend, die tiefen Drüsen in der Gegend der grossen Gefässe im oberen Halsdreieck und in der Oberschlüsselbeingrube entfernt. Die Einzelheiten der Technik und die Widerlegung der gegen das Verfahren zu erhebenden Bedenken mögen im Original nachgelesen werden.

F. Krumm (Karlsruhe).

582. **Nach welchen Richtungen kann sich der Brustkrebs weiter verbreiten?** von Dr. D. Gerota. (Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 280. 1897.)

Durch eingehende Untersuchungen an den Lymphgefässen der Brustdrüse hat G. folgende Wege gefunden, auf denen sich der Brustkrebs weiter ausbreiten kann: 1) Zuerst breitet sich der Brustkrebs nach der *Achselhöhle* hin ans. Die Lymphdrüsen der Achselhöhle geben die ersten Anzeichen von dem Fortschreiten der Krankheit. 2) Gleichzeitig oder etwas später fühlt man nicht selten an der *Seitenwand des Thorax* und *unter dem unteren Rande der Mamma* verschiedene mehr oder weniger entwickelte Krebsknötchen, dereu jedes einen Krebsherd bildet. 3) Da die Lymphdrüsen der Achselhöhle mit denen der *Subclavial-* und *Cervikalregion* in Verbindnng stehen, so ist es erklärlich, dass auch diese Drüsen bei Brustkrebs in Mitleidenschaft gezogen werden und sich Krebsherde in ihnen bilden können. 4) Die Erkrankung der Haut vollzieht sich bei Brustkrebs im Verhältniss von 65—70%; sei es, dass die Haut eine Veränderung ihrer Struktur erleidet durch krebsige Infiltration der Cutis; sei es, dass sie sogar nekrotisch wird, wie bei der ulcerösen Form. Die Erkrankung bleibt nicht immer auf die Haut der einen Mamma beschränkt; häufig geht sie auch auf die andere Thoraxhälfte über und ergreift die Haut der anderen Seite der Brust. Denn die Lymphgefässe werden durch die Mittellinie des Körpers nicht in zwei Hälften geschieden. Durch einen einzigen Einstich in die Hant der rechten Brusthälfte konnte G. die ganze rechte und linke Brustregion vollkommen injiciren. 5) Nach mehr oder minder langem, weiterem Fortschreiten des Brustkrebses tritt ein Zeitpnnkt ein, wo die Mamma sich über den darunter liegenden Theilen nicht mehr verschieben lässt. Dies ist ein sicheres Zeichen von der Ausbreitung der Erkrankung nach der Thoraxwand zu. Diese Verbreitung nach der Tiefe geschieht durch Lymphgefässe, die die perforirenden Aeste der Art. mammaria interna begleiten.

In einem Falle von Brustkrebs konnte G. die Verbreitung in die Inguinaldrüsen durch länge der Art. epigastrica verlaufende Lymphgefässe nachweisen.

„Völlig fern liegt es mir“, sagt G. am Schlusse seiner Arbeit, „auf Grund dieser meiner Beobachtungen behaupten zu wollen, dass die Ausbreitung

des Krebses ausschliesslich vermittelst der Lymphgefässe vor sich gehe; ich gebe gern zu, dass das Venensystem hierbei eine ebenso wichtige Rolle spielt, wie das Lymphgefässsystem, nur ist es sicher, dass dies letztere eine überwiegende oder wenigstens frühzeitiger beginnende Rolle spielt." P. Wagner (Leipzig).

583. **Zur operativen Behandlung der angeborenen Blasenspalte**; von Dr. A. Tietze. (Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 1. 1897.)

So zahlreich auch die auf die *Heilung der Blasenspalte* gerichteten Bestrebungen gewesen sind, so haben sich bisher doch nur Methoden erhalten, die sich zwanglos in folgende 3 Gruppen theilen lassen: 1) *Methoden der Deckung des Spaltes durch gestielte Hautlappen* (Nélaton, Wood, Thiersch); 2) *Exstirpation der Blasenschleimhaut, Einpflanzung der Ureteren in die Penisrinne oder in das Rectum* (Sonnenbnrg, Maydl); 3) *Methoden der Vereinigung der Blasenränder nach deren Mobilisirung* (Trendelenburg).

Das Maydl'sche Verfahren der Ureterenimplantation in das Rectum verwirft T.: Mikulicz verlor einen nach dieser Methode operirten 28jähr. Kranken 4 Monate nach der Operation an Pyelonephritis.

Das Trendelenburg'sche Verfahren der direkten Vereinigung der mobilisirten Blasenränder gründet sich bekanntlich auf eine ein- oder beiderseitige *Symphysentrennung* und eine Aneinanderlagerung der beiden Beckenhälften; erst dann erfolgt in einem zweiten Akte die Bildnng der Blase und der Harnröhre durch breite Anfrischung der Spaltränder und direkte Vereinigung. Von verschiedenen Autoren, so von Czerny, Schlange, Hoeftmann u. A. ist versucht worden, den verhältnissmässig bedeutenden Eingriff der Symphysentrennung zu umgehen. Auch Mikulicz hat dies mit Erfolg gethan. Die in 3 Tempi zerfallende Operation, die er bisher in 7 Fällen angewandt hat, ist folgende:

1. Akt Bildung der Blase. 2 seitliche Bogenschnitte, 3—6 cm vom Rande der Blasenschleimhant bis auf die Fascia transversa, bez. das Peritonaenm vertieft, umgrenzen 2 seitliche Brückenlappen, die die Recti in ihrer ganzen Dicke enthalten. Die Ansatzpunkte der letzteren am Knochen werden mit einem Stück des Knochens abgemeisselt und möglichst stark nach innen verlagert. Daranf wird die Blasenwand unter Schonnng des Peritonaeum und der Ureteren so weit abpräparirt, bis sie sich zu einem Hohlraum zusammenlegen lässt. Naht der nach innen umgestülpten Ränder mit Lembert-Nähten aus Catgut, die die Schleimhaut unberührt lassen. Darüber werden die mobil gemachten Seitenlappen bis zu ihrer Berührung in der Mittellinie zusammen geschoben und hier mit Silbernähten vereinigt. *2. Akt Bildung der Harnröhre und des Penis. 3. Akt Verschluss des Blasenhalses.*

Von den 7 Operirten Mikulicz's starb keiner; bei 2 Kranken vollständiger Misserfolg. 2 Kinder wurden geheilt, aber ohne Continenz.

Ein Vergleich dieser Methode mit der Trendelenburg'schen ergiebt, dass sie entschieden weniger eingreifend ist und bisher dieselben oder vielleicht bessere Resultate ergeben hat, als die letztere. P. Wagner (Leipzig).

584. **Die galvanokaustische Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie nach Bottini**; von Dr. A. Frendenberg. (Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15. 1897.)

Die Bottini'sche *Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie*, die trotz 22jähr. glänzender Erfolge ihres Erfinders bisher nur wenig Beachtung gefunden hat, *ist noch weniger gefährlich als die Castration und die Resektion der Samenleiter, dabei wesentlich zuverlässiger in ihren Erfolgen und frei von den unangenehmen Nebenwirkungen jener.* F. beschreibt zunächst das Instrumentarium und dann die Technik der Operation, die die denkbar einfachste ist. Cocainanästhesie. Einführung des *Incisors*, Wasserkühlung, Schliessen des elektrischen Stromes. Mehrere Spaltungen der Prostata nach verschiedenen Richtungen mit dem *roth*glühenden Platinmesser. Die Dauer der Operation beträgt je nach der Zahl nnd Länge der Spaltungen $1^1/_2$ bis 5 Minuten.

Die Beschwerden der Kranken bei nnd nach der Operation sind sehr unbedeutend. Die Blntung ist meist so gering, dass mitunter schon in der nächsten Nacht makroskopisch blutfreier Urin entleert wird.

Der *Erfolg der Operation* tritt bei dem Kauterisator in der Regel erst nach Abstossnng der Brandschorfe, mitunter erst nach 30 Tagen ein, bei der Incision mittels Platinmessers hingegen fast nnmittelbar. Seit Jahr und Tag vollständig an den Katheter gebundene Kranke fangen häufig schon wenige Stunden nach der Operation an, selbständig zu uriniren.

F. selbst hat bisher 5 Kranke mit dem Incisor operirt, von denen 3 seit Monaten an *completer* Urinretention litten; bei den beiden anderen stand die quälende Häufigkeit des Harndranges im Vordergrunde. Von den drei ersteren fing einer 10, bez. 4 Tage, die beiden anderen fingen 3 und 4 Stunden nach der Operation an, wieder spontan zu uriniren.

P. Wagner (Leipzig).

585. **A case of suprapubic prostatectomy, with the subseqnent history of the patient**; by A. W. Mayo Robson. (Brit. med. Journ. Febr. 20. 1897.)

61jähr. Kr. mit *Prostatahypertrophie.* Retention, Residualharn, Cystitis. *Stein* in der Blase hinter der Prostata. *Sectio alta.* Entfernung eines taubeneigrossen Harnsäureconkrementes, das in einem Divertikel hinter der Prostata lag. *Entfernung des stark hervorspringenden mittleren Prostatalappens* mittels schneidender Zangen. *Heilung.* 10 Monate später stellte sich der Kr. in ausgezeichnetem Zustande wieder vor. Normale Harnentleerung. P. Wagner (Leipzig).

586. **Ueber chronische hämorrhagische Periorchitis**; von Dr. W. Zangemeister. (Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 77. 1897.)

Z. theilt aus der Czerny'schen Klinik 2 Fälle von *chronischer Periorchitis haemorrhagica* mit (57- und 43jähr. Mann). Das Charakteristische dieser Erkrankung liegt in der *Neubildung von Bindegewebe* in der Tunica vaginalis propria, das reich an weiten dünnwandigen *Gefässen* ist. Aus diesen finden *Blutaustritte* in die Wand und auf deren Oberfläche statt. Die *Ursache* dieser hämorrhagischen Entzündung bilden Blutungen, namentlich nach ambulatorischer Behandlung der Hydrocele; die Entzündung ruft sekundär wieder Blutungen hervor. „Demnach wären Blutungen die Ursachen und die Folge des Leidens."

Die *klinischen Symptome* der hämorrhagischen Periorchitis sind folgende: Druck und ausstrahlende Schmerzen im Scrotum; charakteristisch sind die nach kleinen Traumen auftretenden Verschlimmerungen, bei denen sich die Geschwulst vergrössert. Es bildet sich ein gänseei- bis kindskopfgrosser, ovaler oder rundlicher Tumor, der sich derb elastisch anfühlt. Fluktuation nicht immer deutlich, Oberfläche glatt. Der Hoden liegt meist an der hinteren Fläche. Der Nebenhoden ist nicht zu fühlen, was Kocher als wichtig für die Unterscheidung von Hodentumoren anführt. Transparenz fehlt meist, kann aber auch bei knöcherner Wand vorhanden sein.

Diagnostisch ist namentlich der intercurrirende Verlauf von Bedeutung. In vielen Fällen wird sich allerdings die genaue Diagnose erst bei der Operation ergeben. Der *Verlauf* ist sehr chronisch. Die *Behandlung* muss in einer *partiellen Excision der verdickten Tunica* bestehen. Sobald es sich aber um stark verkalkte Wandungen handelt, wird man, zumal die Kranken sich meist im höheren Alter befinden, zur *Castration* schreiten. Wichtiger als die Therapie erscheint für den Arzt die *Prophylaxe*: nach jeder Punktion einer Hydrocele müssen die Kranken angehalten werden, sich einige Tage zu Bett zu legen oder sich doch wenigstens absolut ruhig zu verhalten. Nach Injektion von Jodtinktur, Carbolwasser u. s. w. ist dies Alles natürlich in noch viel höherem Grade zu beherzigen. Beim Aufstehen ist für die erste Zeit das Tragen eines Suspensorium geboten. Die ambulatorische Punktion der Hydrocele ist thunlichst einzuschränken.

P. Wagner (Leipzig).

587. **On the radical cure of hydrocele by excision of the sac, with notes of twenty-two cases**; by F. A. Southam. (Lancet March 20. 1897. p. 882.)

S. tritt für die radikale Operation der Hydrocele mit Excision des Sackes ein. Er hat 22 Kr. mit gutem Erfolge operirt, nach 10—14 Tagen konnten sie wieder umhergehen. Ein Recidiv hat S. nicht gesehen.

Als Indikationen für die Operation stellt S. folgende auf: wenn man sicher radikal operiren will; bei allen Hydrocelen mit verdickter Wandung; bei Combination mit einer Hernie; bei vorausgegangener erfolgloser Punktionbehandlung; bei Vereiterung oder Bildung einer Hämatocele nach Punktion; bei Fixirung des Hodens an der vorderen Scrotalwand nach Injektionbehandlung; bei Hydrocele multilocularis sollte stets die Radikaloperation mit Excision der Hydrocelenwand ausgeführt werden. F. Krumm (Karlsruhe).

588. **Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen**; von Dr. P. Schröter. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 13. 1897.)

Es kommen zuweilen noch immer Fälle vor, in denen eine sichere Entscheidung, *ob wirklich ein Knochenbruch vorliegt oder nicht*, nicht getroffen werden kann. Namentlich bei Frakturen mit Verzahnung der Fragmente ist die Diagnose oft unsicher. In solchen zweifelhaften Fällen empfiehlt Sch. die Anwendung des *„bipolaren Gegendrucks"*, d. h. man umgreift mit beiden Händen die Endpunkte des zu untersuchenden Gliederknochens und übt in der Richtung der Längsachse gleichzeitig einen Druck gegen die Mitte zu aus. „Bei intaktem Knochen empfindet der Pat. nicht den geringsten Schmerz, auch wenn die den Knochen umgebenden Weichtheile durch die Gewalteinwirkung noch so stark malträtirt worden sind; liegt eine Läsion des Knochens vor, so genügt meist schon der anfangs schonend ausgeübte schwache Druck, um einen mehr oder minder intensiven Schmerz hervorzurufen." P. Wagner (Leipzig).

589. **Ueber Schenkelhalsverbiegung**; von Dr. Zehnder. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 9. 1897.)

Z. theilt 6 Beobachtungen von *Schenkelhalsverbiegung* mit: 1 Coxa vara adolescentium, 5 Coxa vara infantum. In 2 von diesen 5 letzteren Fällen waren rhachitische Erscheinungen vorhanden. Die hervortretenden Symptome bestanden in Hochstand des Trochanters und Abduktionbeschränkung, dazu kommt Rotation nach aussen oder wenigstens eine Einschränkung des Umfanges der Rotation. Bei 2 Kranken fand sich Rotation nach innen.

P. Wagner (Leipzig).

590. **Osteotomy of the femur as a treatment for tuberculous disease of the hip in its early stages**; by R. F. Tobin. (Brit. med. Journ. April 24. 1897.)

Ausgehend von der Ansicht, dass die Flexionstellung des Beines bei der tuberkulösen Erkrankung des Hüftgelenks der Ruhelage des Gelenks entspricht, hat T. in mehreren Fällen, um das Bein in eine günstigere Stellung zu bringen, ohne diese natürliche Ruhelage des Gelenks zu stören, die

Osteotomie des Femur in der Ebene des Trochanter minor ausgeführt. Der funktionelle Erfolg nach Heilung der Osteotomiestelle war stets sehr befriedigend.

Die Indikation zur Operation ist gegeben, wenn keine reelle Verkürzung des Beines und keine Anzeichen von Eiterung vorhanden sind und wenn eine Flexionstellung des Beines in einem Winkel von 30° oder mehr besteht. Eine besondere Schiene zur Nachbehandlung der Operirten hat T. angegeben. Nach der Heilung sollen die Kranken eine Zeit lang an Krücken gehen.

F. Krumm (Karlsruhe).

591. **Zur Technik der Arthrotomie, Arthrektomie und Resektion am Kniegelenk**; von Dr. P. Niehans. (Centr.-Bl. f. Chir. XXIV. 16. 1897.)

Seit 9 Jahren wendet N. für die *breite Eröffnung des Kniegelenks* folgendes Verfahren an.

Längsschnitt an der Innenseite der Sehne des Rectus femor., 8—10 cm über der Patella beginnend, läuft durch den Vastus int. abwärts an der Kniescheibe vorbei, circa 1 cm von ihr entfernt in flachem Bogen zum Innenrande der Patellasehne an der Tuberositas tibiae, hier bis auf den Knochen geführt. Am unteren Ende dieses Schnittes wird ein zweiter angefügt, im rechten oder stumpfen Winkel lateralwärts laufend, die Ausläufer der Patellasehne durchtrennend, ebenfalls bis auf den Knochen. Mit flachem Meissel wird nun von der Innenseite her eine 2—4 mm dicke Knochenplatte mit der Tuberositas tibiae sammt dem anhaftenden Lig. patellae in seiner ganzen Breite abgehoben und nach aussen umgekleppt, so dass sich der ganze Streckapparat des Knies bei Flexion leicht nach aussen umklappen und so die vordere Hälfte des Kniegelenks in allen Theilen leicht zugänglich machen lässt. Wenn nun auch die Seitenbänder an den Femurcondylen und die Kreuzbänder an ihren Ansätzen in der Fossa intercondylica mit oder ohne dünne Knochenscheibe abgelöst werden, so ist auch der rückwärts gelegene Theil des Gelenks in vollkommenster Weise zugänglich.

P. Wagner (Leipzig).

592. **Condylenbrüche des Kniegelenks**; von Dr. Loew. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 422. 1897.)

Unter circa 2600 Frakturen, die seit 1890 im Bürgerhospital in Köln zur Beobachtung kamen, hat L. 5 Brüche eines einzelnen Condylus des Femur, 3 Brüche beider Oberschenkelcondylen, 1 Bruch der Tibiacondylen, 2 Rissfrakturen des Condylus int. tib. gefunden. Von den 8 Condylenbrüchen sind zu Stande gekommen: 4 durch Fall auf das gebeugte Knie, 1 durch Fall auf die Füsse, 2 durch Fall aus geringer Höhe, wobei das Bein unter den Körper gerieth und 1 Mal eine abnorme Abduktion-, das andere Mal eine abnorme Adduktionstellung die Fraktur veranlasste. Die Behandlung bestand in Heftpflasterlängsextension, verbunden mit Querzügen, von denen der äussere zur Beseitigung der Genu-valgum-Stellung durch Gewichte verstärkt wurde. Eine rasche Aufsaugung des Blutergusses im Gelenk und eine sichere Reposition der Fragmente sind die Vortheile dieser Behandlungmethode.

F. Krumm (Karlsruhe).

593. **Zum Mechanismus der subcutanen Zerreissungen des Quadriceps, der Patella und des Ligamentum patellae**; von K. Walz. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 430. 1897.)

W. hat bei einem 70jähr. Holzfäller eine subcutane Zerreissung der Quadricepssehne beobachtet. Die Verletzung war entstanden durch Fall eines kantigen Holzstückes am gestreckten Oberschenkel hinunter, wodurch die Patella entgegen dem Zug des contrahirten Muskels nach unten gerissen wurde. Durch Heftpflasterzug, Einwickelung des Oberschenkels von oben nach unten, Elevation in gestreckter Stellung des Beines wurden die gerissenen Theile aneinander gebracht. Unter Massage u. s. w. erfolgte, nach 10 Wochen, Heilung.

Der Fall hat W. Veranlassung gegeben, sich mit der Mechanik dieser Verletzungen zu beschäftigen. Auf Grund theoretischer Erwägungen kommt er zu der Ansicht, dass unter Voraussetzung normaler Verhältnisse 1) bei ungleichzeitigem Muskelzug eine Muskelruptur entsteht, 2) bei gleichzeitiger Muskelcontraktion a) bei gestrecktem Knie am häufigsten die Luxation und theils durch einen Zug, theils durch Biegung um den Condylus ext. fem. die Fraktur der Patella, seltener die Sehnenruptur, b) bei gebeugtem Knie in Folge Hebelwirkung am häufigsten die Fractura patellae; seltener, je nach Verlängerung oder Verkürzung der Hebelarme (individuell) die Zerreissung der Sehne oder des Ligaments.

F. Krumm (Karlsruhe).

594. **Ueber Heilungsresultate von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf das Unfallversicherungsgesetz.** *Eine statistische Studie*; von A. Loew. (Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 462. 1897.)

L. hat das klinische Material an Unterschenkelfrakturen aus dem Bürgerhospital in Köln zusammengestellt (1890—1895) und nach den Akten der Berufsgenossenschaften die für Heilungsdauer und Zeit der Erwerbsfähigkeit in Betracht kommenden Angaben bestimmt.

Von 167 Unterschenkelfrakturen wurden 70% vor dem 91. Tage geheilt; völlig erwerbsfähig wurden 99.4% der Kranken, dauernd invalid blieben nur 0.6%, die durchschnittliche Heilungsdauer bis zum Eintritt völliger Erwerbsfähigkeit betrug 3.3 Monate.

Die erzielten Resultate sind danach ganz erheblich bessere, wie die in den Statistiken von Haenel und Jotkowitz niedergelegten. Die Ursache dafür sieht L. in der Art der Behandlung. Die Bardenheuer'sche permanente Extension, die ausnahmelos angewendet wurde, bietet die beste Gewähr für eine genaue und sorgfältige Coaptation der Fragmente. Deformitäten, Pseudarthrosen und Callushyperproduktionen werden durch sie am sichersten vermieden. Der beste Beweis der Leistungsfähigkeit der Methode liege in den obigen Zahlen, die auf objektive Weise, aus

den Akten der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, gewonnen sind.

F. Krumm (Karlsruhe).

595. **Ueber einen Fall von erworbenem Hornhaut-Astigmatismus von 32 Dioptrien**; von Dr. Hugo Aschheim in Breslau. (Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 108. April 1897.)

Bei einer 25jähr. Person war durch Jahre lang dauernde Entzündung seit der Kindheit die Hornhaut des rechten Auges getrübt und die Pupille in horizontaler Richtung schlitzförmig durch einen Irisvorfall am äusseren und inneren Hornhautrande. Mit dem *Javal*'schen Ophthalmometer fand A. im horizontalen Meridiane einen Brechungsgrad von 19 D, im vertikalen einen solchen von 51 D, also, abgesehen von unregelmässigen Vorzerrungen, einen regelmässigen Astigmatismus von 32 D. Das Sehvermögen war ohne Glas $^{6}/_{60}$, mit + 8 cyl ⊂ — 6 cyl war es $^{6}/_{36}$. Die Pat. litt an Dysmenorrhöe; zur Zeit der Menses traten fast regelmässig glaukomatöse Erscheinungen auf dem linken Auge auf.

Lamhofer (Leipzig).

596. **Anophthalmie bilatérale et épicanthus chez un enfant, dont la mère présentait l'absence congénitale du globe oculaire droit**; par le Dr. Victor Lafosse. (Presse méd. belge XLIII. 25. p. 193. Juin 1896.)

Der Inhalt des Artikels ist in dem Titel enthalten. Eine pathologisch-anatomische Untersuchung der Augenhöhle fand nicht statt. Das Kind war geistig zurückgeblieben. Die Grossmutter soll, als sie im 5. Monate der Schwangerschaft war, sich sehr heftig an das rechte Auge gestossen haben; nach der Entbindung wurde das Fehlen des rechten Auges des Kindes, also der Mutter des Kindes mit doppeltem Anophthalmus, darauf bezogen.

Lamhofer (Leipzig).

597. **Ueber Conjunctivalplastik bei Wunden der Ciliargegend**; von Dr. C. Norman-Hansen in Kopenhagen. (Centr.-Bl. f. prakt. Augenhkde. XX. p. 353. Dec. 1896.)

Da bei Wunden der Sklera, besonders in der Ciliargegend, eine Skleralnaht nicht immer möglich ist, empfiehlt N.-H., die Wunde nach gründlicher Reinigung oder nöthigenfalls nach Entfernung der verletzten Linse sorgfältig mit der Bindehaut zu bedecken und diese über der Wunde zu vernähen. Dadurch wird ein Vorfall des Ciliarkörpers, sowie spätere Infektion der Wunde möglichst vermieden.

Lamhofer (Leipzig).

598. **A propos des ophthalmies pseudomembraneuses**; par G. Haltenhoff. (Revue méd. de la Suisse rom. XIII. 4. p. 307. Avril 20. 1897.)

H. führt drei Krankengeschichten an. Alle drei Kranken litten an schwerer Augenentzündung mit Bildung von Pseudomembranen der Bindehaut. Bei zwei Kindern im ersten und zweiten Lebensjahre wurden nur Streptokokken und der Bacillus von Weeks gefunden; bei einer 40jähr. Frau wurden die Löffler'schen Bacillen in der Membran gefunden. Bei dieser Kranken half die Seruminjektion rasch. H. hofft, dass recht bald ein Antitoxin, eben so sicher wie das Behring'sche gegen Diphtherie, gegen die durch Streptokokken hervorgerufene Augenentzündung gefunden werden möge, da gerade durch diese Form der Entzündung die meisten Augen erblinden. Das Marmorek'sche Streptokokken-Antitoxin ist nach H. noch zu wenig sicher.

Lamhofer (Leipzig).

599. **Retinitis in Folge von gonorrhoischer Infektion**; von Dr. R. Hilbert. (Memorabilien XL. 7. p. 385. Febr. 1897.)

Bei einem 29jähr. Manne trat nach wiederholter Gonorrhöe jedesmal heftige Entzündung der Kniegelenke und der sämmtlichen grossen Gelenke der Beine auf, zugleich aber 2mal eine Trübung der Netzhaut mit Verbreiterung der Venen und Verwischung der Grenzen der Papillen und bedeutender Herabsetzung des Sehvermögens. Mit dem Stillstande des Eiterausflusses aus der Harnröhre besserten sich auch die anderen erkrankten Körpertheile und wurde das Sehvermögen wieder normal.

Lamhofer (Leipzig).

600. **Guérison spontanée de la cataracte**; par le Dr. König, Paris. (Progrès méd. 3. S. V. 18. 1897.)

Bei einer 70jähr., seit vielen Jahren an Zuckerkrankheit leidenden Frau fand K. im Jahre 1894 ausgebreitete streifenförmige Trübung der Linse beider Augen. Das Sehvermögen war ganz bedeutend herabgesetzt. Zwei Jahre später meldete die Kranke, dass sie allmählich wieder vollständig sehen gelernt habe und jetzt lesen und Handarbeiten machen könne. K. fand zu seinem Erstaunen die rechte Linse ganz klar, in der linken Linse nur geringe peripherische Trübung. Der Zuckergehalt des Urins blieb wechselnd.

Lamhofer (Leipzig).

601. **Phthisie essentielle de l'oeil**; par le Dr. J. Strzeminski, Wilna. (Recueil d'Ophthalmol. Avril 1896.) Sond.-Abdr.

St. veröffentlicht eine ganz seltene und seltsame Krankengeschichte.

Ein 22jähr., ganz gesunder Mann klagte, dass seit 4 Tagen sein bis dahin gesundes rechtes Auge (das linke Auge war, abgesehen von geringer Kurzsichtigkeit, normal) kleiner, das Sehen schlechter geworden sei und dass er Schmerzen um die Augen habe. Das Auge war viel kleiner als das linke und tiefer liegend, die Spannung bedeutend herabgesetzt; geringe Ptosis. Die Hornhaut war trübe, hatte zahlreiche Falten und war weniger empfindlich, ebenso die Bindehaut. Die Haut des Lides und der rechten Gesichtsseite war in geringem Grade geröthet. Alles Uebrige war normal. Es wurde innerlich Brom gegeben. Nach 8 Tagen gingen alle beschriebenen Erscheinungen zurück und nach 12 Tagen war von ihnen nicht das Geringste mehr wahrzunehmen. Das Auge war gesund. 4 Wochen später traten die ganz gleichen Erscheinungen wieder auf, blieben 11 Tage und verschwanden dann wiederum vollständig.

Lamhofer (Leipzig).

602. **1) Traumatic enophthalmus. 2) Laceration of the optic nerve and the central retinal blood-vessels; retinitis proliferans**; by Dr. C. Zimmermann, Milwaukee. (Sond.-Abdr. aus d. Arch. of Ophthalmol. XXVI. 1. 1897.)

1) Bei einem Kranken war der Enophthalmus nach einem Sturze auf das Auge, bei dem anderen dadurch,

dass ihm beim Aufwärtsblicken ein Stück Mörtel aus grosser Höhe in das Auge gefallen war, entstanden.

2) Die Zerreissung des Sehnerven und seiner Gefässe erfolgte bei einem Manne, der auf einen in der Fahrt begriffenen elektrischen Wagen springen wollte, dabei stürzte, das Nasenbein brach und ausser einer Lidwunde eine starke Contusion des Auges erlitt.

Lamhofer (Leipzig).

Berichte der medicinischen Gesellschaft zu Leipzig.

Sitzung am 16. März 1897.

Vorsitzender: Herr *Curschmann*, dann Herr *Bahrdt*.
Schriftführer: Herr *Windscheid*.

Herr Trendelenburg zeigte 2 Kranke mit traumatischer Radialislähmung.

1) Ein 18jähr. Eisendreher erlitt am 14. April 1896 dadurch, dass er in eine Transmission gerieth, eine schwere complicirte Fraktur des rechten Oberarms mit totaler Lähmung des Radialis. Die Verletzung heilte aseptisch, aber die Consolidation der Fraktur blieb aus und die Radialislähmung ging nicht wieder zurück. Operation am 5. Juni 1896. Ein langer Schnitt legte den Nerven oberhalb und unterhalb der Stelle der Verletzung und die dazwischenliegende Narbenmasse, in die sich die Enden des quer durchgerissenen Nerven verloren, frei. Nach Auslösung der Nervenenden aus den Narbenmassen ergab sich eine Distanz der Enden von 7—8cm. Da eine Annäherung der Nervenenden aneinander unmöglich war, wurden die Frakturenden im Bereiche der Pseudarthrose in einer Ausdehnung von zusammen 5—6cm resecirt, die Knochenenden treppenförmig angefrischt und mit Draht zusammengenäht. Bei der so entstandenen Verkürzung des Oberarms liessen sich nun auch die angefrischten Nervenenden zusammenbringen und mit Catgut mit einander vernähen. Aseptischer Wundverlauf, Consolidation der Fraktur, Draht eingeheilt.

Die Lähmung des Radialis war bei der Entlassung des Kranken am 9. Juli noch total. Anfang December kehrten die ersten Spuren von Motilität zurück. Am 7. Februar 1897 wurde nachgewiesen, dass die Streckfähigkeit der Hand am Handgelenke wiedergewonnen war, während die Streckung der Finger im Metacarpophalangealgelenke noch nicht möglich war, eben so wenig Streckung und Abduktion des Daumens.

Zur Zeit werden die Finger auch im Metacarpophalangealgelenke gestreckt, wenn auch noch nicht in voller Kraft, auch die Streckung des Daumens ist möglich. Die Sensibilität im Bereiche des Radialisgebietes ist noch unvollständig.

2) Ein 20jähr. Arbeiter erlitt am 14. Januar 1897 eine schwere Maschinenverletzung am linken Vorderarme; der Humerus war etwas unterhalb der Mitte gebrochen, die Spitze des oberen Fragmentes ragte aus einer langen, weit klaffenden Wunde hervor. Zunächst keine Lähmung des Radialis. Aseptischer Verlauf. Am 30. Januar wurde eine beginnende Lähmung des Radialis bemerkt, die am 9. Februar vollständig geworden war.

Am 9. Februar Operation. Freilegung des Radialis, der sich in dem Callus verlor. Der Callus wurde wieder gebrochen und der Nerv, der stark nach vorn und innen dislocirt war, zwischen den Frakturenden herausgehoben. Das herausgehobene Stück war deutlich verdünnt und abnorm durchscheinend. Um ein abermaliges Hineingleiten des Nerven zwischen die Frakturenden zu verhindern, wurde der Nerv durch zwei lose angelegte Catgutösen an den Weichtheilen neben dem Humerus fixirt. Heilung per primam.

Zur Zeit ist die Sensibilität im Radialisgebiete, die vorher erloschen war, wieder hergestellt, wenn auch noch nicht ganz vollständig. Die Motilität fehlt noch ganz. Nach Analogie des vorigen Falles ist auf eine spätere allmähliche Wiederherstellung der Motilität zu hoffen.

Sodann führte Herr Trendelenburg *zwei seltene Fälle von Echinococcus* vor.

Der eine betraf einen subphrenischen Echinococcus, der nach Resektion der 6. Rippe durch die im Bereiche der Wunde vernähte Pleura hindurch entfernt wurde. Die Diagnose auf subphrenischen Echinococcus gegenüber dem Leberechinococcus liess sich aus der charakteristischen Figur der Leberdämpfung (Leber-Lungengrenze vorn an der 4. Rippe, untere Lebergrenze nur 2 Finger breit unter dem Rippenbogen) und aus der Photographie mit *Röntgen*-Strahlen stellen; letztere ergab deutlich einen hellen Schein zwischen Zwerchfell und Leber. Heilung.

In dem 2. Falle handelte es sich um zahllose kleine Echinokokkenblasen in dem Wirbelkanale bei einem 20jähr. Manne, die, extradural gelegen, durch Druck auf die Medulla zu einer vollständigen Paraplegie geführt hatten. Die Diagnose wurde durch Punktion einer in der Lumbalgegend neben der Wirbelsäule entstandenen Geschwulst ermöglicht. Nach Resektion der Bögen mehrerer Lumbalwirbel und einer partiellen Resektion an dem hinteren Theile des Sacrum liessen sich die Echinokokkenblasen aus dem Wirbelkanale herausspülen, die Paraplegie, die schon über ein halbes Jahr bestanden hatte, ging aber nur zum Theil zurück. Später musste auch ein Theil des Beckens wegen multipler Knochenechinokokken resecirt werden.

Beide Fälle sollen später ausführlicher veröffentlicht werden.

Endlich demonstrirte Trendelenburg *zwei Fälle von Darmresektion und Darmnaht* nach der Methode von *v. Frey* und *einen Fall von stark entwickelten Plattfüssen*, in dem auf beiden Seiten eine keilförmige Osteotomie der Tibia dicht oberhalb der Malleolen mit gutem Erfolge zur Ausführung gekommen war.

Verhandlung. Herr *Zweifel* wendet sich gegen die Anwendung der *v. Frey*'schen Methode der Darmnaht in schweren Fällen und empfiehlt den Gebrauch des *Murphy*-Knopfes, von dem er besonders bei schweren Collapszuständen gute Erfolge gesehen hat.

Herr Trendelenburg hat sich mit dem *Murphy*-Knopfe nicht befreunden können. Die Fälle mit so schweren Collapszuständen, wie sie Herr *Zweifel* meint, seien doch recht selten und die *v. Frey*'sche Methode führe sehr rasch zum Ziele.

Herr *Zweifel* trat nochmals zu Gunsten des *Murphy*-Knopfes ein.

Sitzung am 4. Mai 1897.

Vorsitzender: Herr *Curschmann*, dann Herr *Bahrdt*.
Schriftführer: Herr *Windscheid*.

1) Herr Kollmann demonstrirte viertheilige Spüldehner.

„Ich lege der Gesellschaft hier zwei viertheilige Spüldehner vor, einen geraden für die vordere Harnröhre und einen gebogenen für die vordere und die hintere Harnröhre. Die Construktion der Instrumente ist neu, das Princip der Spüldehnung ist alt. *Lohnstein* hat diese Behandlungsart zuerst angegeben und in den Jahren 1893 und 1894 mehrere dafür bestimmte Instrumente anfertigen lassen. Die *Lohnstein*'schen Instrumente dehnen in Gestalt von Spindeln nur eine kurze Strecke, ähnlich etwa den Urethrometern; ihre Branchen sind federnd und entbehren stützender an der Mittelachse befestigter Stäbchen. Ihrer geraden Form wegen sollten diese Instrumente eigentlich nur für die Pars anterior der Harnröhre Anwendung finden. Einen grossen Fortschritt erreichte *Scharff* in Stettin mit der Angabe seiner in zwei Ebenen sich erweiternden Spüldehner. Die Beschreibung der Instrumente, die Herr College *Scharff* schon seit mehreren Jahren besitzt, ist bisher leider noch nicht veröffentlicht. Herr *Scharff* war jedoch so freundlich, die Instrumente mir vor einigen Monaten und dann nochmals behufs dieser Demonstration zu senden. Sie haben, wie die Herren sehen, die Form einer *Dittel*'schen Sonde und erweitern sich sowohl an dem gebogenen, als auch an dem geraden Theile, sind also für die vordere und die hintere Harnröhre zugleich anwendbar. Die Dehnung selbst erfolgt vermittelst drei federnder Branchen, die durch Stäbchen von der Mittelachse aus gestützt sind. Die vierte Branche dehnt nicht mit, sie entbehrt daher auch der stützenden Stäbchen. Die *Scharff*'schen Instrumente haben mir neuerdings die Anregung gegeben, zunächst den ihnen in der Biegung entsprechenden *Heynemann*'schen viertheiligen gebogenen Dehner, der sowohl hinten als vorn dehnt, in einen Spüldehner umzuwandeln. Meine schon früher gehegten Wünsche waren so lange technisch nicht ausführbar, als wir nur viertheilige Dehner besassen, die lediglich hinten dehnten. Nachdem die Construktion dieses gebogenen viertheiligen Spüldehners geglückt war, machte die Anfertigung eines vorderen geraden viertheiligen Spüldehners erst recht keine Schwierigkeiten. Die zwei neuen Instrumente habe ich seit einem Monate vielfach benutzt und mich am Patienten davon überzeugt, dass sie gut funktioniren. Wichtig ist es vor Allem, zu bemerken, dass ihre Branchen die gleiche Widerstandsfähigkeit besitzen, wie die der anderen schon bekannten viertheiligen geraden und gebogenen Dehner. In den ersten Sitzungen, zunächst vorsichtig beginnend, habe ich bei meinen Versuchen bald dieselbe Dehnung erreicht, wie auch sonst, und dies sowohl mit dem geraden, als auch mit dem gebogenen Instrument. Im Ganzen hat es mir nicht den Eindruck gemacht, dass die Patienten bei diesen Dehnungen mehr spürten, als bei der Anwendung von viertheiligen Dehnern, die mit Gummiüberzügen versehen sind. Unangenehme Zufälle, wie grössere Blutungen, habe ich nicht erlebt. Die Reinigung der Instrumente muss selbstverständlich sehr sorgfältig sein. Ausführliche Bemerkungen über meine Erfahrungen am Patienten werde ich an anderer Stelle (*Nitze-Oberländer*'sches Centr.-Bl. für die Harn- u. Sexualorgane) bringen. Auf einen Punkt möchte ich jedoch schon hier aufmerksam machen, weil man bisher überhaupt auf ihn noch nicht hingewiesen hat: Die Spüldehner sind meiner bisherigen Erfahrung nach nicht nur therapeutisch, sondern auch diagnostisch verwendbare Instrumente, es sind nämlich auch sehr brauchbare Urethrometer. Sie sind im Stande, die bei einem bestimmten Patienten an einem bestimmten Tage eben noch erlaubte Dehnung genau anzuzeigen, denn jeder, auch der kleinste Schleimhauteinriss wird sich sofort durch eine mehr oder weniger blutige Färbung des abfliessenden Spülwassers zu erkennen geben. Dadurch wird aber ein Nutzen nach zwei ganz verschiedenen Seiten hin geschaffen: einmal wird man, durch dieses Zeichen gewarnt, niemals in einer Sitzung allzugrosse Schleimhautrisse veranlassen können, andererseits wird es aber (wenn die Patienten gar nichts fühlen und sich auch nicht die geringste Blutung einstellt) gar nicht selten möglich sein, an einem Tage eine viel grössere Dehnung zu erreichen, als dies die Ergebnisse der sonstigen physikalischen Untersuchung der Harnröhre zu erlauben schienen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass es der zuletzt genannte Umstand gestatten wird, bei der Anwendung der Spüldehner die oft unangenehm lange Behandlung der chronischen Gonorrhöe künftighin in einer gewissen Anzahl von Fällen abzukürzen."

2) Herr Curschmann sprach über die Differentialdiagnose zwischen Bacillus typhi und Bacterium coli mit Demonstration von Culturen und zeigte die *Vidal*'sche Typhus-Serum-Reaktion.

3) Herr Barth hielt seinen angekündigten Vortrag: „Ueber Mittelohrentzündung im frühen Kindesalter".

Wegen vorgerückter Zeit wurde der Schluss des Vortrages bis zur nächsten Sitzung vertagt.

C. Medicinische Bibliographie des In- und Auslands.

Sämmtliche Literatur, bei der keine besondere Jahreszahl angegeben ist, ist vom Jahre 1897.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

(Meteorologie.)

Aheloue, J. E., et G. Biarnès, Sur l'existence d'une oxydase chez les crustacés. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 277. Avril.

Autenrieth, W., Ueber d. Vorkommen von Jod im Malochit. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 508.

Banister, W. B., *Roentgen's* ray traumatism. New York med. Record LII. 4. p. 120. Jan.

Bonedict, A. L., The test for indican in the urine. Medicine III. 2. p. 89. Febr.

Benedikt, Moriz, Beobachtungen n. Betrachtungen aus d. *Röntgen*-Cabinette. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 9. 10.

Benedikt, Moriz, Remarques sur mes dernières recherches avec les rayons X. Progrès méd. 3. S. V. 14.

Berggrün, Emil, u. Ferdinand Winkler, Ueber eine maassanalyt. Bestimmungsmethode d. Eiweisskörper in d. Frauenmilch. Wien. klin. Wchnschr. X. 10.

Blumenthal, Fordinand, Ueber Zucker abspaltende Körper im Organismus. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12.

Burián, Richard, u. Heinrich Schnr, Ueber Nucleinbildung im Säugethierorganismus. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 55.

Capaldi, Achille, a) Zur Keuntniss d. Kynurensäure. — b) Ein Verfahren zur quantitativen Bestimmung d. Kynurensäure. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 87. 92.

Casoiani, Die Ausscheidung d. Schwefeläthers durch d. Harn h. d. Stypsis, h. verschied. Ernährung n. h. Gohrauch von Chlorur u. ustrouhalt. als Abführmittel angewandten Mineralquellen. Deutsche med. Wohnschr. XXIII. 16.

Cossoët, E., et Sigalas, De la conductibilité des sons dans les différents stéthoscopes. Arch. clin. de Bord. VI. 4. p. 167. Avril.

Coyzer, Thomas, Water gas. Brit. med. Journ. March 27. p. 821.

Ceconi, Angelo, Breve nota sul metodo *Kjeldahl-Henninger* [Stickstoffnachweis]. Rif. med. XIII. 76.

Chormeil, P., Radiographie et radioscopie. Echo méd. I. 3.

Colasanti, G., Beitrag zur Chemie d. Galle. Moleschott's Untersuch. XVI. 3. p. 284.

Cottam, Wm., The interpretation of skiagraphs. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 367.

Cowl, W., Eine Verbesserung d. *Röntgen*-Verfahrens. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Cramer, C. D., Ueber d. sogen. Thrombosin *Lilienfeld's*. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 74.

Dastre, A., et N. Floresoo, Contribution à l'étude du ferment coagulateur du sang (fibrin-ferment, thrombose) et de l'action anti-coagulatrice des propeptones. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 216. Janv.

Dastre, A., et N. Floresoo, Contribution à l'étude de la bilirubine et de sa transformation en biliverdine. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 475. Avril.

Destot, Rayons *Roentgen*: Fracture de l'astragalo; cas de goutte. Lyon méd. LXXXIV. p. 376. Mars.

Donogány, Zacharias, Die Herstellung des Hämochromogens — eine Blutreaktion, mit besond. Rücksicht auf d. Nachweis d. Blutes im Harne. Ungar. med. Presse II. 17.

Eiormann, Arnold, Ueber d. Verwerthung d. *Röntgen*-Strahlen in d. prakt. Medicin. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Elfstrand, M., Ueber giftige Eiweisse, welche Blutkörperchen verkleben. Upsala. Almqvist och Wiksell's boktryck.-actiebolag. 8. 192 S.

Engel, Wolfried, Weitere Mittheilungen über quantitative Verhältnisse verschied. Eiweissarten im Blutserum. Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 334.

Eschle, Ueber d. Jodgehalt einiger Algenarten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 30.

Evans, H. Muir, Note on intestinal gases, physiological and pathological. Brit. med. Journ. March 13.

Fermi, C., Sulla pretesa toxicità degli enzimi. Sperimentale L. IV. p. 354.

Fodor u. Rigler, Neuere Untersuchungen über d. Alkalicität des Blutes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 5.

Gerhardt, D., Ueber Urobilin. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 303.

Graetz, L., Ueber d. Fortschritte in d. Erkenntniss u. Anwendung d. *Röntgen*-Strahlen. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 16. 17.

Griessmayer, Victor, Die Proteide d. Getreidearten, Hulsenfrüchte u. Oelsamen, sowie einiger Steinfrüchte. Heidelberg. Carl Winter's Univers.-Buchhandl. Gr. 8. XVI u. 301 S.

Guillot, L., Analyse du sel gemme du Rocher de sel. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 133. Févr.

Hoge, I. J., Note sur la fermentation. Arch. gén. p. 157. Févr.

Hamburger, H. J., Die Geschwindigkeit d. Osmose. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 137.

Hayeraft, John Berry, Luminosity and photometry. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. 126.

Heffter, A., Ueber d. Verhalten d. Milchsäure im Muskel h. d. Todtenstarre. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 447.

Heffter, A., Ueber einige Bestandtheile von Rhizoma pannae. Ein Beitrag zur Kenntniss d. Filixsäuregruppe. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 458.

Heymans, J. F., Ueber d. Entgiftung d. Malonitril. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 157.

Hierouymi, Karl, Ueber bisher unbeachtete Spectralanalyt. Daten u. Versuchsmethoden u. d. Vorwerthung derselben zum näheren Studium d. Gesetze d. anorgan. Stoffwechsels u. d. Wirkungsart unserer Heilmittel. Ungar. med. Presse II. 17.

Hofmann, K. B., Angeblicher Milchsäuregehalt des Horns bei Osteomalacie. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 14.

Holmgren, Erik, Om fenylhydrazinprofvet och dess användbarhet för påvisande af socker i urin. Upsala läkareföreu. förh. N. F. II. 4. s. 231.

Hüfner, G., Ueber d. verschied. Geschwindigkeiten, mit denen sich d. atmosphär. Gase im Wasser verbreiten u. über d. biolog. Bedeutung zweier von diesen Grössen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 112.

Huppert, Hugo, Ueber d. Bestimmung d. Xanthinbasen im Harn nach *Krüger* u. *Wulff*. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 556.

Jaffé, M., Zur Kenntniss der durch Phenylhydrazin fällbaren Harnbestandtheile. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 532.

Jaquet, A., Ueber klin. Hämoglobinbestimmungsmethoden. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5. 6.

Jolles, Adolf, Beitrag zur Bestimmung d. specif. Gewichts im Harne u. über ein neues Urometer f. geringe Harnmengen. Wien. med. Presse XXXVIII. 8. — Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 8.

Jolles, Ad., Ferrometer, Apparat zur quantitativen Bestimmung d. Bluteisens f. klin. Zwecke. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. — Prag. med. Wchnschr. XXII. 10.

Kries, J. von, Ueber Farbensysteme. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 4 u. 5. p. 241.

Landsmann, Ernst, Zur Herstellung von „Röntgenogrammen" mittels Influenzmaschine. Prag. med. Wchnschr. XXII. 9.

Lefèvre, J., Variations du pouvoir réfrigérant de l'eau en fonction de la température et du temps. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 7. Janv.

Lewin, L., Die spektroskop. Blutuntersuchung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Lohnstein, Th., Ueber alte u. neue Urometer. Nebst Erwiderung von *Adolf Jolles*. Wien. med. Presse XXXVIII. 11.

Lohnstein, Th., Bemerkungen zu d. uremetr. Untersuchungen d. Herrn Dr. *A. Jolles*. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 12.

Londe, Albert, et Henry Meige, Applications médicales de la méthode de *Roentgen*: 1) Nouvel interruptour à mércure pour bobines d'induction. — 2) Radiographe de la main d'un sexdigitaire. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 1. p. 37. 39. Janv.—Févr.

Ludwig, E., Ueber d. Fett d. Dermoidcysten d. Ovarien. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 38.

Marchetti, Guido, Sul valore pratico della reazione di *Umikoff* per stabilire l'età del latte di donna e sul meccanismo di detta reazione. Gazz. degli Osped. XVIII. 46.

Minakow, P., Ueber d. Wirkung d. Formaldehyds u. d. Alkohols auf Blut u. Hämoglobin. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 7.

Monell, S. H., Crookes tubes and static machines. New York med. Record LI. 6. p. 190. Febr.

Moore, B., and D. P. Rockwood, On the mode of absorption of fats. Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 58.

Mordhorst, C., Die Entstehung u. Auflösung der Harnsäureverbindungen ausserhalb u. innerhalb d. menschlichen Körpers. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 65.

Müller, Martin, Ueber d. Gehalt d. menschl. Muskeln an Nucleon. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 561.

Münzer, Egmont, Die Bedeutung d. Ammoniaksalze f. d. Pathologie, nebst einem Beitrage zum Stoffwechsel b. Leukämie. Prag. med. Wchnschr. XXII. 15. 16.

Pekelharing, C. A., Hypothesen angaande de scheikundige samenstelling der levende stof. Nederl. Weekbl. I. 17.

Pflüger, Eduard, Eine neue Methode zur quantitativen Bestimmung d. Zuckers als Fortsetzung meiner Untersuchungen über d. Quelle d. Muskelkraft. Arch. f. Physiol. LXVI. 11 u. 12. p. 635.

Piffard, Henry G., On the preparation of blood for microscopical examination. New York med. Record LI. 7. p. 228. Febr.

Reid, E. Waymouth, A diffusion apparatus. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 85.

Röntgen'sche Strahlen s. I. *Banister, Benedikt, Charmeil, Cottam, Coxl, Destot, Eiermann, Graetz, Landsmann, Londe, Monell, Schmidt.* II. *Destot, Forster, London, Lund, Wullstein.* III. *Frantzius.* IV. 1. *Stenbeck;* 2. *Espine;* 3. *v. Basch;* 4. *Satterthwaite, Schmidt, Vehsemeyer;* 5. *Lindemann;* 9. *Fisk;* 10. *Freund, Gilchrist, Pernet, Thomas, Walsh.* V. 1. *Bogatsch, Chipault, Dumstrey, Fronz, Göbel, Joachimsthal, Levy, Salvati;* 2. a. *Bunce, Hochenegg, Péan, Schüller;* 2. e. *Adenot, Barwell, Dartigues, Kronacher, Morris, Péraire, Perry, Smith, Stevenson, Taft.* X. *Bock, Clark, Dahlfeld, Williams.* XI. *Scheier.* XIV. 2. *Dumstrey.* XVI. *Kaufmann, Thiem.*

Rosenthal, I., Nochmalige Prüfung u. Modifikation d. Luftcalorimeters. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 171.

Runeberg, J. W., Om den diagnostiska betydelsen af äggh vitchalten i patologiska trans- och exsudat. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 82.

Saillet, De l'urobiline dans les urines normales. Revue de Méd. XVII. 2. p. 109.

Salkowski, E., Ueber die *Krüger-Wulff*'sche Methode zur Bestimmung d. Alloxurkörper im Harne. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Salkowski, E., Ueber d. Nachweis d. Peptons (Albumosen) im Harn u. d. Darstellung d. Urobilins. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 17.

Schmidt, Otto L., The present and future skiagraphy. Medicine III. 3. p. 177. March.

Schmiedeberg, O., Ueber d. Elementarformeln einiger Eiweisskörper u. über d. Zusammensetzung u. d. Natur d. Melanine. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIX. 1 u. 2. p. 1.

Scholz, Wilhelm, Eine Methode zur Bestimmung d. Kohlenstoffes organ. Substanzen auf nassem Wege u. deren Anwendung auf d. Harn. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 15. 16.

Siegfried, M., Zur Kenntniss d. Phosphors in d. Frauen- u. Kuhmilch. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 575.

Thesen, Jürgen Eitzen, Ueber Phenylglycin u. Phenylglycin-o-Carbonsäure u. deren Verhalten im Thierkörper. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 23.

Tunnicliffe, F. W., Contribution to your knowledge of soluble urates; preliminary note. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Vahlen, Ernst, Ueber Desoxycholsäure. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 99.

Veraguth, Otto, The effect of a meal on the excretion of nitrogen in the urine. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 112.

Winterberg, Heinrich, Ueber d. Ammoniakgehalt d. menschl. Blutes unter physiol. u. patholog. Verhältnissen. Wien. klin. Wchnschr. X. 14.

Wittmaack, Karl, Ueber d. Nucleongehalt d. Kuh-, Frauen- u. Ziegenmilch. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 567.

Young, R. A., The precipitation of carbohydrates by neutral salts. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. XVI.

Zangemeister, Zur quantitativen Hämoglobinbestimmung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Zeynek, Richard von, Ueber d. Fett d. Dermoidcysten. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 40.

Zuntz, N., Ueber d. Fette d. Fleisches. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 149.

S. a. II. Ahelous, Athanasiu, Barratt, Bohr, Bouchard, Buchner, Cohnstein, Ducceschi, Forrest, Garrod, Grawitz, Hamburger, Hultkrantz, Schulz, Stockman. III. Bohne, Bujwid, Holmes, Lépine, Mareughi. IV. 2. Ram; 3. Dunin; 5. Dauher, Ekehorn, Schneider, Wolff; 9. Coenen, Colombini, Keller, Luff. VII. Knapp. VIII. Cattaneo, Knoepfelmacher. XI. Herzfeld. XIII. 2. Baum, Gottstein, Jaffé, Laitinen, Ssergoew, Zander. XV. Pouchet.

II. Anatomie und Physiologie.

(Anthropologie, Ethnologie, Zoologie, vgl. Anatomie, Entwicklungsgeschichte.)

Abelons, J. E., Dosage des matières extractives réductrices dans les organes. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 1. Janv.

Abelsdorff, Georg, Dieophthalmoskop. Erkennbarkeit d. Sehpurpurs. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIV. 1 u. 2. p. 77.

Allen, Dudley P., Effect of anaesthesia upon temperature and blood-pression. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 3. p. 298. March.

Alrutz, Sydney, Bidrag till kännedomen om hudens kall- och warm-punkter. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 246.

Alrutz, Sydney, Om förnimmelsen „hett“. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 5 och 6. s. 340.

Altmann, R., Die vitalen Leistungen d. Organismus. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 86.

Amitin, Sarah, Ueber d. Tonus d. Blutgefässe b. Einwirkung von Wärme u. Kälte. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 13.

Andogsky, N., Zur Frage über d. Ganglienzellen d. Iris. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 86.

Ardouin, P., Double pied-bot congénital chez le foetus à terme. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 2. p. 52. Janv.

Asher, Neuere Erfahrungen über d. Leistungen d. Rückenmarks. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5. p. 143.

Athanasiu, J., et J. Carvallo, Remarques sur le fibrin-ferment et l'alcalinité du plasma peptonique. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 375. Avril.

Axenfeld, D., Ueber eine Eigenthümlichkeit der Knochenleitung d. Schalles im menschl. Unterkiefer. Centr.-Bl. f. Physiol. XI. 1.

Bach, L., Ueber d. Lokalisation im Oculomotoriuskern-Gebiet. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 8.

Bähr, Ferdinand, *Wolff's* Transformationsgesetz u. d. *Hüter-Volkmann*'sche Drucktheorie. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 10.

Ballowitz, E., Weitere Bemerkungen über den Einfluss von Licht u. Temperatur auf die Färbung der Salamanderlarve. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 686.

Barker, F. Lewellys, The phrenology of *Gall* and *Flechsig's* doctrine of association centres in the cerebrum. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 10. p. 7. Jan.

Barratt, Wakelin, On the normal and pathological elimination of carbonic acid and of water by the skin. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 192.

Bechterew, W. von, Ueber d. sogen. Krampfcentrum u. über d. Centrum d. Lokomotion im Niveau d. Varolsbrücke. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 4.

Beck, Carl, Description of specimen taken from a hermaphrodite. New York med. Record LI. 8. p. 260. Febr.

Beck, Cornelius, Beitrag zur Kenntniss d. elast. Fasern u. ihres Verhältnisses zu d. Lymphgefässen der Haut. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 401.

Beer, Theodor, Zum 25jähr. Jubiläum d. zoolog. Station in Neapel. Wien. klin. Wchnschr. X. 16.

Berkley, Henry J., The psychical nerve cells of 2 educated men. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 11. p. 252. March.

Betz, Friedrich, Einiges über cyklische Vorgänge im menschl. Organismus. Memorabilien XL. 7. p. 403. 1896.

Bickel, Adolf, Recherches sur la fonction de la moelle épinière chez les tortues. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 295. Avril.

Biedl, Arthur, Ueber d. Innervation d. Herzens. Wien. med. Presse XXXVIII. 16.

Bier, August, Die Entstehung d. Collateralkreislaufs. Virchow's Arch. CXLVII. 2. 3. p. 256. 444.

Black, D. Campbell, The physiology of the vesiculae seminales. Lancet March 13. p. 772.

Bohr, Ch., et V. Henriques, Recherches sur le lieu de la consommation de l'oxygène et de la fermentation de l'oxide carbonique dans l'organisme. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 459. Avril.

Boruttau, H., Der Elektrotonus u. d. phasischen Aktionsströme am marklosen Cephalopodennerven. Arch. f. Physiol. LXVI. 5 u. 6. p. 285.

Boruttau, H., Nochmals über den Lungenvagus. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 26.

Bottazzi, Ph., Sur les oscillations du tonus auriculaire du coeur des batraciens, avec une théorie sur la fonction du sarcoplasma dans les tissus musculaires. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 380. — Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 1.

Bottazzi, Ph., Sur le développement embryonnaire de la fonction motrice dans les organes à cellules musculaires. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 443.

Bouchard, Ch., Considérations sur l'état statique du corps. Semaine méd. XVII. 12.

Bouchard, Ch., Détermination de la surface, de la corpulence et de la composition chimique du corps de l'homme. Semaine méd. XVII. 10.

Boveri, Th., Bemerkungen zur Physiologie der Kern- u. Zelltheilung. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 9. 10. 1896.

Bowes, C. Kessick, Rare congenital malformations. Lancet Febr. 20. p. 519.

Bowes, C. Kessick, Congenital obliteration of oesophagus with other malformations. Brit. med. Journ. March 6. p. 586.

Breuer, Ueber d. Einfluss d. Maculapigments auf Farbengleichungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 6. p. 464.

Buchner, H., Die Bedeutung d. aktiven löslichen Zellprodukte f. d. Chemismus d. Zelle. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 12.

Burian, Richard, u. Heinrich Schur, Verdauungshyperleukocytose u. Verdauung. Wien. klin. Wchnschr. X. 6.

Cavazzani, Emilio, Intorno ai gangli spinali. Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 1. p. 41.

Chauveau, A., Critique des expériences de *Hirn* sur la thermodynamique et le travail chez les êtres vivants. Comment elles auraient dû être instituées pour aboutir à des conclusions exactes sur la valeur de l'énergie que le travail mécanique „prend“ ou „donne“ aux muscles, suivant qu'il est positif ou négatif. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 229. Janv.

Chauveau, A., Méthode nouvelle pour s'assurer si, dans les milieux vivants comme dans le monde inanimé, le travail positif prend de l'énergie au moteur et si le travail négatif lui en donne. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 261. Avril.

Cohnstein, W., u. H. Michaelis, Ueber die Veränderungen d. Chylusfette im Blute. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 146.

Colasanti, G., La fonction protectrice du foie. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 358.

Courtade, Denis, Contribution à l'étude de la fonction rythmique du coeur. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 69. Janv.

Courtade, D., et J. F. Guyon, Influence motrice du grand sympathique sur l'intestin grêle. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 422. Avril.

Cremer, M., Ueber neurotherm. Versuche am marklosen Nerven. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 11.

Cyon, E. von, Bogengänge u. Raumsinn. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 29.

Dalziel, Congenital absence of the rectum. Glasgow med. and surg. Journ. XLVII. 2. p. 141. Febr.

Dartigues, Sarcome téleangiectasique du sein; anomalie congénitale de la région lombo-sacrée: queue pileuse. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 104. Janv.

Davenport, C. B., and W. B. Cannon, On the determination of the direction and rate of movement of organisms by light. Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 22.

Davies, Arthur, The structure and function of the auriculo-ventricular orifices. Lancet April 3. p. 987.

Déjerine, Ueber d. Projektions- u. Associations-

fasern der Hirnhemisphären. Ztschr. f. Hypnot. V. 6. p. 343.

Delhet, Paul, Fossettes para-duodénales. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 49. Janv.

Dolhet, Paul, Ectopie du caecum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 51. Janv.

Dolhet, Paul, Ectopie sous-hépatique du caecum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 65. Janv.

Delezenne, C., Recherches sur la coagulation du sang chez les oiseaux. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 333. 347. Avril.

Delore, Circulation maternelle du placenta. Lyon méd. LXXXIV. p. 523. Avril.

Denker, Alfred, Erwiderung auf d. im Novemberheft dieser Mon.-Schr. erschienenen Aufsatz d. Herrn Dr. *Jankau*: „zur Perceptionsfähigkeit d. normalen menschl. Ohres“. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1.

Destot, Influence des rayons X sur le pouls. Lyon méd. LXXXIV. p. 522. Avril.

Dexler, H., Zur Histologie der Ganglienzellen des Pferdes im normalen Zustande u. nach Arsenvergiftung. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 165.

Dexler, H., Untersuchungen über d. Faserverlauf im Chiasma des Pferdes u. über den binoculären Sehakt dieses Thieres. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 179.

Dixon, A. Francis, On the course of the taste fibres. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 395. April.

Donetti, E., Etude sur le trajet des fibres exogènes de la moelle épinière. Revue neurol. V. 7. p. 186. Avril.

Douglas, Charteris, A case of hemicephalic monstor. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

Doyon, M., Recherches sur l'innervation motrice et inhibitrice des muscles du poumon. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 412. Avril.

Du Bois-Reymond, R., Betrachtungen über d. *Hamburger*'sche Schema u. Demonstration eines veränderten Modells [Wirkung d. Intercostalmuskeln]. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 152.

Du Bois-Reymond, R., Ueber den Verlauf der negativen Schwankung b. Isotonie u. Isometrie. Centr.-Bl. f. Physiol. XI. 2.

Ducceschi, Virgilio, Sui rapporti fra meccanica e chimica della digestione gastrica. Settimana med. LI. 13. 14.

Duval, Etudes sur l'embryologie des chéiroptères. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXIII. 1. p. 1. Janv.—Févr.

Ebbinghaus, H., Ueber eine neue Methode zur Prüfung geistiger Fähigkeiten u. ihrer Anwendung bei Schulkindern. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 6. p. 401.

Eisenmenger, Victor, Die angeb. Defekte der Kammerscheidewand des Herzens. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 1.

Elsenhans, Th., Nachtrag zu *Ebbinghaus*' Combinationsmethode. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 6. p. 460.

Engelmann, Th. W., u. H. W. F. C. Woltering, Ueber d. Einfluss d. Reizstärke auf d. Fortpflanzungsgeschwindigkeit der Erregung im quergestreiften Froschmuskel. Arch. f. Physiol. LXVI. 11 u. 12. p. 574.

Erlanger, R. von, Beiträge zur Kenntniss der Struktur d. Protoplasma, d. karyokinet. Spindel u. d. Centrosoma. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 2. p. 309.

Fahm, J., Ueber congenitale Missbildungen. Festschrift (Hagenbach) p. 19.

Fanre, J. L., Le plissement de l'estomac. Gaz. des Hôp. 25.

Fick, Rudolf, Bemerkungen zu *R. Heidenhain's* Spannungsgesetz. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 97.

Flechsig, Paul, Zur Anatomie d. vorderen Sehhügelstiels, d. Cingulum u. d. Acusticusbahn. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 7.

Forrost, J. R., On the excretion of albumen in the apparently health. Brit. med. Journ. March 20. p. 716.

Forster, A., Einwirkung d. *Röntgen*'schen Strahlen auf d. normale Haut u. d. Haarboden. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

François-Franck, Ch. A., et L. Hallion, Recherches expérimentales sur l'innervation vaso-motrice du foie. Arch. de Physiol. 3. S. IX. 2. p. 434. 448.

Franqué, Otto von, Cervix u. unteres Uterinsegment während u. nach d. Schwangerschaft. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 10. 1896.

Frommel, Richard, Beitrag zur Frage von d. Wachsthumsrichtung d. Placenta. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 489.

Fuchs, Sigmund, Beiträge zur Physiologie d. N. depressor. Die centralen Wurzelfasern d. N. depressor. Arch. f. Physiol. LXVII. 1 u. 2. p. 117.

Funke, E., Eine chirurg. wichtige Anomalie der Art. lingualis. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 323.

Funke, E., Ueber d. Vorlauf d. Ureteren. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Fusari, R., Sur le tractus spinalis nervi trigemini et sur quelques faisceaux de fibres descendantes dans le funiculus antero-lateralis medullae spinalis. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 387.

Fusari, R., Un cas d'hétérotopie d'une partie du fasciculus cerebro-spinalis lateralis et autres variétés présentées par la modulla spinalis et par la medulla oblongata d'une petite fille. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 398.

Fusari, R., Sur les fibres nerveuses à cours descendant, situées dans la substantia reticularis alba du rhombencephalon humain. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 408.

Garrod, Archibald E., Note on the origin of the yellow pigment in the urine. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 190.

Gasne, G., Un cas d'hémimélie chez un fils de syphilitique. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 1. p. 31. Janv.-Févr.

Goberg, A., Ueber d. Polstrahlungen sich theilender Zellen. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIV. 1. p. 1.

Goberg, A., Zur Verständigung über d. Drüsenbau d. Leber b. Säugethieren. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIV. 1. p. 8.

Gehuchten, A. van, Les nouvelles localisations cérébrales. Les centres de projection et les centres d'association de *Flechsig* dans le cerveau terminal de l'homme. Presse méd. belge XLIX. 7. 8.

Gérard, G., Des anastomoses directes entre les artères et les veines. Arch. des Sc. méd. II. 1. p. 55. Janv.

Gilis et Prat, Dissection d'un monstre humain double autositaire (monstre sysomien, genre dérodyme). Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXIII. 2. p. 198. Mars—Avril.

Gley, E., Bemerkungen über d. Funktion d. Schilddrüse u. ihrer Nebendrüsen. Arch. f. Physiol. LXVI. 5 u. 6. p. 308.

Graser, E., Ueber d. gegenwärt. Stand d. Schilddrüsenfrage. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Grawitz, Paul, Ueber Conservirung anatom. Präparate mit Erhaltung d. natürl. Farben. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 205.

Grossmann, Michael, Ueber d. Aenderungen d. Herzarbeit durch centrale Reizung von Nerven. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 219.

Grusdew, W., Zur Histologie der Fallopia'schen Toben. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 10.

Guibé, M., Anomalie du jambier antérieur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 231. Mars.

Guillery, Zur Physiologie des Netzhautcentrum. Arch. f. Physiol. LXVI. 7 u. 8. p. 401.

Guldberg, Gustav, Om Ekstremitetsasymme-

trien hos Mennesket. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 2. S. 180.

Gulland, G. Lovell, A rapid method of fixing and staining blood films. Brit. med. Journ. March 13.

Gutmann, G., Zur Histologie d. Ciliarnerven. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 1.

Häcker, Valentin, Die Keimbahn von Cyclops. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 35.

Hallervorden, Das Interferenzprincip als Grundprincip aller Energieverwandlung n. aller Entwickelung. Würzburg. A. Stuber's Verl. (C. Kabitsch). 8. 7 S. 30 Pf.

Hallervorden, Allgemeines über Interferenz u. Geschlechtsvererbung. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VIII. p. 179. April.

Hallion, L., et Ch. Comte, Sur la forme du pouls total fournie par notre pléthysmograph. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 96. Janv.

Hamburger, H. J., De l'influence de la respiration sur le volume et la forme des globules du sang. Belg. méd. IV. 8. p. 225.

Hamburger, H. J., Zur Lymphbildungsfrage. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 132.

Hamburger, H. J., Die Blutkörperchenmethode f. d. Bestimmung d. osmot. Druckes von Lösungen u. f. d. Bestimmung d. Resistenzfähigkeit d. rothen Blutkörperchen. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 144.

Hammar, Aug., Ueber eine allgemein vorkommende primäre Protoplasmaverbindung zwischen den Blastomeren. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 92.

Heller, Richard, Bemerkung zu d. Aufsatze d. Herrn Hofrath Dr. *G. von Liebig* „warum man unter einem stark erhöhten Luftdrucke sowohl, wie unter einem stark verminderten nicht mehr pfeifen kann". Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Heller, Richard; Wilhelm Mayer u. Hermann von Schrötter, Experimentelle Untersuchungen über d. Wirkung rascher Veränderungen d. Luftdruckes auf d. Organismus. Arch. f. Physiol. LXVII. 1 u. 2. p. 1.

Hensohen, S. E., Nya undersökningar om synbanan. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 90.

Harff, Otto von, Beiträge zur Lehre von d. Placenta u. von d. mütterl. Eihüllen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 199.

Hess, Curt, Ein seltener Fall von angeb. Verschluss d. Duodenum u. Rectum. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 14.

Heymans, G., Quantitative Untersuchungen über d. *Zöllner*'sche u. *Loeb*'sche Täuschung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIV. 1 u. 2. p. 101.

Hill, L., and H. Barnard, The influence of gravity on the circulation. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 1.

Hill, Leonard; H. Barnard and J. H. Sequeira, The effect of venous pressure on the pulse. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 147.

His, W., Die anatom. Nomenclatur, Nomina anatomica. Besprochen von *O. Körner*. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 105.

His, Wilhelm, Ueber d. Keimhof oder Periblast d. Selachier. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 1.

Hoehl, Erwin, Zur Histologie d. adenoiden Gewebes. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 133.

Hofmann, Franz, u. Rudolf Bunzel, Untersuchungen über d. elektr. Geschmack. Arch. f. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 215.

Holm, N., Om Associationscentra. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 90.

Hoorweg, J. L., Ueber die bei einer Systole gelieferte Blutmenge. Arch. f. Physiol. LXVI. 9 u. 10. p. 474.

Horton-Smith, R. J., On afferent fibres in the posterior roots of the frog. Journ. of Physiol. XXI. 2 and 3. p. 101.

Hultkrantz, J. Vilh., Om användning af flytande kolsyra för frysning af anatomiska preparat. Hygiea LIX. 3. s. 293.

Jankau, Ludwig, Zur Perceptionsfähigkeit des normalen menschl. Ohres. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Jellett, Henry, Case of transposition of the viscera with a tricoelian heart. Lancet March 27. p. 878.

Imbert, A., Le mécanisme de la contraction musculaire dédnit de la considération des forces de tension superficielle. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 280. Avril.

Johannsen, Max, Ueber d. Chorionepithel d. Menschen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 291.

Israel, O., u. Th. Klingmann, Oligodynam. Erscheinungen (von *Nägeli*) an pflanzl. u. thier. Zellen. Virchow's Arch. CXLVII. 2. p. 293.

Julinsburger, Otto, Bemerkungen zur Härtung in Formol-Müller (Orth'sche Mischung). Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6.

Iwanzoff, N., Muskelelemente d. Holothurien u. ihr Verhalten zum Methylenblau. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 103.

Kaiser, Karl, Hebelschleuderung u. 2. Fusspunkt. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 94.

Kaiser, Max, Ueber angeb. Pectoralisdefekt nebst Bemerkungen über d. Rolle d. Intercostalmuskeln b. der Athmung. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 174.

Kamkoff, G., Zur Frage über d. Bau d. Ganglion Gasseri b. d. Säugethieren. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIV. 1. p. 16.

Kaufmann, C., Die Druck- u. Zugkraft d. Hand. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 306. 1896.

Kljatschkin, G., Experimentelle Untersuchungen über d. Ursprung d. N. trigeminus. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5.

Klinckowström, A. von, Beiträge zur Kenntniss d. Eireifung u. Befruchtung b. Prostheceraeus vittatus. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 587.

Knapp, Mark I., The clinical history of an anencephalous monster. New York med. Record LI. 15. p. 530. April.

Koohs, W., Versuche über die Regeneration von Organen b. Amphibien. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 2. p. 441.

Kölliker, A. von, Ueber d. neue Hypothese von *Ramón* von der Bedeutung der Neuroglia-Elemente des Gehirns. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 8. 1896.

Korolew, E. E., Ueber d. Ursprung u. d. Bedeutung der Ganglienzellen bei der Regeneration verletzter Nerven. Med. Centr.-Bl. XXXV. 7.

Kraus, Fr., Die Ermüdung als ein Maass d. Constitution. [Biblioth. med. Abd. D. Innere Med., einschliessl. Neurologie u. Psychiatrie I. 3.] Cassel. Th. G. Fisher. Gr. 4. 44 S. mit 9 Tafeln u. 18 Tab.

Krause, W., Ueber d. weibl. Sternum. Internat. Mon.-Schr. f. Anat. u. Physiol. XIV. 1. p. 21.

Kries, J. von, Ueber das Sehen der total farbenblinden Netzhautzone. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 24.

Kühne, W., Ueber d. Bedeutung d. Sauerstoffs f. d. vitale Bewegung. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 43.

Kultschitzky, N., Zur Frage über den Bau des Darmkanals. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 7.

Lambert, M., De l'influence du froid sur la sécrétion urinaire. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 129. Janv.

Lane, W. Arbuthnot, Pressure changes in the skeleton. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 245. March.

Langendorff, O., Ueber d. Einfl. von Wärme u. Kälte auf d. Herz d. warmblütigen Thiere. Arch. f. Physiol. LXVI. 7 u. 8. p. 355.

Laudenbach, J., Recherches expérimentales sur

la fonction hémopoïétique de la rate. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. 2. p. 200. 385. 398. Janv.—Avril.

Lanlanié, F., Sur les effets physiologiques du vernissage de la peau et les causes de la mert consécutive à cette opération. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 302. Avril.

Lee, Henry, Fascination of serpents. Lancet April 3. p. 987.

Lofèvra, J., Recharches calorimétriques sur les mammifères. Lois générales de la réfrigeration. Arch. de Physiel. 5. S. IX. 2. p. 317. Avril.

Lenhossék, M. von, Beiträge zur Kenntniss der Zwischenzellen d. Hodens. Arch. f. Anat. u. Physiel. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 65.

Lenhossék, M. von, Ueber d. Bau d. Spinalganglienzellen d. Menschen. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 345.

Levander, K. M., Vähän kehitysmekaniikan alalta. [Zur Entwicklungsmechanik.] Duodecim XIII. 3. s. 118.

Liebig, Georg von, Warum man unter einem stark erhöhten Luftdruck sowohl, wie unter einem stark verminderten nicht pfeifen kann. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 10.

Livini, F., Sulln distrihuzione del tessnto elastico in varii organi del corpo umano. Sperimentale L. IV. p. 342.

Loeb, Jacques, Zur Theorie d. physiolog. Licht- u. Schwerkraftwirkungen. Arch. f. Physiol. LXVI. 9 u. 10. p. 439.

Loewy, A., J. Loewy u. Leo Zuntz, Ueber d. Einfluss d. verdünnten Luft u. d. Höhenklimas auf d. Menschen. Arch. f. Physiol. LXVI. 9 u. 10. p. 477.

Lohnstein, Th., Ueber den Brechungsindex der menschl. Hornhaut. Arch. f. Physiel. LXVI. 3 u. 4. p. 210.

Loisel, G., Formation et évolution des éléments du tissu élastique. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXIII. 2. p. 129. Mars—Avril.

Lommen, C. P., Ein Fall von Copulation zweier Zygoten einer Spirogyra sp. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 2. p. 462.

London, E. S., Ueber d. Anwendung d. *Röntgen*'schen Strahlen zur Untersuchung thierischer Gewebe. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 3 u. 4.

Lund, F. B., A case ef web-fingers, associated with curious anemalies of the phalanges, metacarpal bones and finger-nails. With skiagram. Boston. med. and surg. Journ. CXXXVI. 7. p. 157. Febr.

Mahaim, A., Centres de projection et centres d'association du cerveau. Belg. méd. IV. 16. p. 481.

Manassein, M., Zur Frage über d. Permeabilität d. normalen Haut. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 323.

Margulies, Alexander, Experiment. Untersuchungen über d. Aufbau d. Hinterstränge b. Affen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 4. p. 277.

Marina, Alessandro, Eine Fixationsmethode, bei welcher sowohl d. *Nissl*'sche Nervenzelle, als d. *Weigert*'sche Markscheidefärbung gelingt. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 4.

Mayer, Carl, Zur Kenntniss d. Faserverlaufs in d. Haube d. Mittel- u. Zwischenhirns auf Grund eines Falles von sekundärer aufsteigender Degeneration. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 221.

Melnikow-Raswodenkow, N., Eine neue Conservirungsmethode anatom. Präparate. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 172.

Melnikow-Raswedenkew, N., Ueber d. Herstellung anatom. Präparate nach d. Formalin-Alkohol-Glycerin- essigsauren Salzmethoda. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 3 u. 4.

Mermet, P., Du rôle de l'épithélium antérieur de la cornée vis-à-vis de l'exosmose oculaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 15. Janv.

Meunier, Hanri, Amélie. Description du type et considérations pathologiques au sujet d'un cas nouveau. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 1. p. 15. Janv.—Févr. — Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 202. Févr.—Mars.

Mevas, Friedrich, Zur Struktur d. Kerne in d. Spinndrüsen der Raupen. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 573.

Misiewicz, M., Andrologia (Choroby mężczyzn) Warszawa. Druck P. Lackauer u. W. Babicki. 8. VIII u. 255 S.

Misshildungen u. Bildungsanomaliens. II. *Ardouin*, *Beck*, *Bowes*, *Dalziel*, *Dartigues*, *Douglas*, *Fahm*, *Gasne*, *Gilis*, *Hess*, *Jellett*, *Knapp*, *Lund*, *Müller*, *Stevens*, *Stewart*, *Stierlin*, *Weil*, *Woodhouse*. IV. 4. *Vehsemeyer*. V. 2. b. *Postnikow*, *Soave*; 2. c. *Botesco*, *Stuart*; 2. d. *Tietze*; 2. e. *Barwell*, *Courtillier*, *Nichols*, *Smith*. VI. *Burrage*, *Krause*, *Lewers*, *Tennberg*. XI. *Leopold*, *Rugh*, *Schwendt*.

Morestin, H., L'innervation de la face dorsala de la main. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 23. Janv.

Morrihy, Camillo Barha, Nuovo apparecchio por lo studio della contrattilità del protoplasma. Policlin. IV. 3. p. 69.

Morre u. Gaehelein, Ueber das Resorptionsvermögen d. Harnblase. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 12.

Mott, F. W., Die zuführenden Kleinhirnbahnen d. Rückenmarks b. d. Affen. Mon.-Schr. f. Psychiatr. u. Neurol. I. 2. p. 104.

Mott, F. W., and W. D. Hallihurton, Preliminary account of the effects upon blood-pressure produced hy the intra-venous injection of fluids containig cheline, neurine er alied products. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. XVIII.

Müller, G. E., Zur Psychophysik der Gesichtsempfindungen. Ztschr. f. Psychel. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIV. 1 u. 2. p. 1.

Müller, Ernst, Angeborne Missbildung d. untern Extremität. Stuttg. med. Abhandl. p. 270.

Müllarheim, Congenitale Lage d. Niere im kleinen Becken. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkel. XXXVI. 2. p. 371.

Muskens, L. J. J., Ueber Reflexe von der Herzkammer auf d. Herz d. Frosches. Arch. f. Physiol. LXVI. 5 u. 6. p. 328; LXVII. 1 u. 2. p. 135.

Nagel, Zur Anatomie d. weibl. Beckens, bes. d. Gefässe desselhen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 378.

Nawratzki, E., Beiträge zur Kenntniss d. Cerebrospinalflüssigkeit. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 156.

Norman, W. W., Dürfen wir aus d. Reaktionen niederer Thiere auf d. Vorhandensein von Schmerzempfindungen schliessen? Arch. f. Physiol. LXVII. 1 u. 2. p. 137.

Nusshaum, M., Zur Mechanik d. Eiablage b. Rana fusca. Arch. f. mikroskep. Anat. XLVIII. 4. p. 545.

Nusshaum, M., Die Entstehung d. Geschlechts b. Hydatina senta. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 2. p. 227.

Obersteiner, H., Die Innervation der Gehirngefässe. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 215.

Osawa, Gakutaro, Beiträge zur Lehre von d. Eingeweiden d. Slatteria punctata. Arch. f. mikroskop. Anat. XLIX. 1. p. 113.

Ostmann, Ueber d. Beziehungen zwischen Auge u. Ohr. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 1.

Ouekow, N., et A. Sélinow, De la rate suivant les glohules hlancs du sang et le nombre de ces dernier. Arch. des So. hiol. de St. Pétersb. V. 1. p. 1.

Pauleseo, N., Recherches sur la coagulahilité du sang hépatique. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 21. Janv.

Pflaiderer, R., Ein Beitrag zur Pepsin- u. Labwirkung. Arch. f. Physiol. LXVI. 11 u. 12. p. 605.

Piéri et Pertier, Présence d'une oxydase dans certains tissus des mollusques acéphales. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 60. Janv.

Pilliet, A., Note sur la conservation des pièces anatomiques et histologiques par le procédé de *M. Melnikoff.* Progrès méd. 3. S. V. 15.

Poli, Camillo, Zur Entwicklung d. Gehörblase h. d. Wirbelthieren. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 644.

Pollack, B., Die Färbetechnik d. Nervensystems. Berlin. S. Karger. 8. V u. 130 S.

Poore, G. V., Right-handedness. Lancet April 10. 24. p. 1052. 1174.

Ramón y Cajal, S., Die Struktur der nervösen Protoplasma. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 2. 3. p. 156. 210.

Rawitz, Bemerkungen zu einer Abhandlung von *Siegmund Schumacher* über d. Lymphdrüsen d. Macacus rhesus. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 158.

Regnault, Félix, Mécanisme de la formation des sillons osseux pour le passage des tendons. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 232. Mars.

Regnault, Félix, Variations des empreintes intra-crâniennes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 234. Mars.

Reid, G. Archdall, Righthandedness. Lancet April 24. p. 1173.

Réthi, L., Experiment. Untersuchungen über den Schwingungstypus u. d. Mechanismus d. Stimmbänder b. d. Falsetstimme. Wien. klin. Rundschau XI. 6.

Riche, P., Le nerf cubital et les muscles de l'éminence thénar. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 251. Mars.

Ritter, C., Beiträge zur Entwicklungsgeschichte d. Linse. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 187.

Robertson, W. Ford, A modification of *Heller's* staining of modullated nerve fibres. Brit. med. Journ. March 13.

Robineau, Bifurcation de la veine poplitée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 184. Févr.—Mars.

Robinson, Byron, The nerves of the peritoneum. New York med. Record LI. 16. p. 541. April.

Roohrig, F. L. O., Microscopical power of the natural normal eye. New York med. Record LII. 4. p. 119. Jan.

Rosin, Demonstration von Nervenzellenpräparaten. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 161.

Rouget, Charles, Structure intime des fibres terminales des nerfs moteurs des muscles striés des amphibiens. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 245. Avril.

Roux, Wilh., Berichtigung zu *M. Verworn's* Mittheilung „über d. polare Erregung d. lebenden Substanz“ u. zu einigen anhangsweise besprochenen entwicklungsmechan. Thematen. Arch. f. Physiol. LXVI. 5 u. 6. p. 320.

Rubner, Max, u. v. Lewaschew, Ueber den Einfluss d. Feuchtigkeitsschwankungen unbewegter Luft auf d. Menschen während körperl. Ruhe. Arch. f. Hyg. XXIX. 1. p. 1.

Rühle, Georg, Ueber die Membrana propria der Harnkanälchen u. ihre Beziehung zu d. interstitiellen Gewebe d. Niere. Arch. f. Anat. u. Physiol. [anat. Abth.] 1 u. 2. p. 153.

Sachs, Heinrich, Ueber *Flechsig's* Verstandescentren. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 3. 4. p. 199. 288.

Sachs, Heinrich, Die Entstehung der Raumvorstellung aus Sinnesempfindungen. [Psychiatr. Abhandl., herausgeg. von *Carl Wernicke.* 5.] Breslau. Schletter'sche Buchh. 8. 42 S. 1 Mk.

Samways, D. W., The compensatory mechanisms of the heart. Lancet March 27. p. 913.

Scarpatetti, J. von, Ueber d. Anwendung elektiver Färbemethoden am in Formol gehärteten Centralnervensystem. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5.

Schaffer, Karl, Zur feineren Struktur d. Hirnrinde u. über d. funktionelle Bedeutung d. Nervenzellenfortsätze. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 550.

Schein, Ueber d. Ursachen d. Entwickelung d. Bartes. Ungar. med. Presse II. 6.

Schenck, F., Ueber intermittirende Netzhautreizung. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 1896.

Schenck, Fr., Krit. u. experimentelle Beiträge zur Lehre von d. Protoplasmabewegung u. Contraktion. Arch. f. Physiol. LXVI. 5 u. 6. p. 241.

Schiff, Arthur, Hypophysis u. Thyreoidea in ihrer Einwirkung auf d. menschl. Stoffwechsel. Wien. klin. Wchnschr. X. 12.

Schneyer, Josef, Der Sekretionsnerv d. Magens. Beitrag zur Theorie d. Magensekretion. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 131.

Schultz, Paul, Ueber d. Einfluss d. Temperatur auf d. längsgestreiften Muskeln d. Wirbelthiere. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 1.

Schultz, P., Gehirn u. Seele. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6.

Schultze, O., Ueber d. Pithecanthropus erectus Dubois. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 9. 1896.

Schulz, Fr. N., Ueber d. Vertheilung von Fett u. Eiweiss b. mageren Thier, zugleich ein Beitrag zur Methode d. Fettbestimmung. Arch. f. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 145.

Seegen, J., Die Frage über d. Umfang d. zuckerbildenden Funktion in d. Leber. Contr.-Bl. f. Physiol. X. 26.

Seegen, J., Die Kraftquelle f. d. Arbeitsleistung d. Thierkörpers. Wien. klin. Wchnschr. X. 13.

Sergi, G., Ueber d. Sitz u. d. physische Grundlage d. Affekte. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIV. 1 u. 2. p. 91.

Sherrington, C. S., On reciprocal action in the retina as studied by means of some rotating discs. Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 33.

Sherrington, C. S., On the question whether any fibres of the mammalian dorsal (afferent) spinal root are of intraspinal origin. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. 209.

Sibelius, Chr., Lisiä Spinaalganglioitten tuut emisseen. [Beitrag zur Kenntniss d. Spinalganglien.] Duodecim XII. 12. s. 297. 1896.

Smith, G. Cockburn, The position of the auriculo-ventricular cusps during systole. Lancet Febr. 20. p. 554.

Smith, Lorrain, and J. Haldane, The causes of absorption of oxygen in the lungs. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. XVI.

Soldaini, G., Sulle funzioni del plesso celiaco. Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 1. p. 124.

Soury, J., Théorie des neurones. Arch. de Neurol. 2. S. III. 14. p. 95.

Soury, J., Histoire des doctrines contemporaines de l'histologie du système nerveux central; théorie des neurones. Arch. de Neurol. 2. S. III. p. 281.

Stern, L. William, Psychische Präsenzzeit. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. XIII. 4 u. 5. p. 325.

Stevens, Thomas G., A case of completely cleft spine associated with an unusual visceral malformation in an anencephalic foetus. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 346.

Stewart, W. R. H., Case of congenital malformation of the nose. Lancet March 27.

Stieda, L., Die Leydig'sche Zwischensubstanz d. Hodens. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 692.

Stierlin, R., Zur Casuistik d. angeb. Nabelfisteln. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Stockman, Ralph, and E. D. W. Greig, Ingestion and exeretion of iron in health. Journ. of Physiol. XXI. 1. p. 55.

Störring, Gust. Wilh., Ueber d. Einfluss d. Ge-

fühle auf d. Vorstellungen u. ihren Verlauf. Wundt's philosoph. Studien XII. 4. p. 475. 1896.

Streiff, J. J., Ueber d. Formen d. Schilddrüsen-follikel d. Menschen. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 579.

Strelzolt, et A. Pilliet, Conservation des pièces anatomiques et histologiques par l'aldéhyd formique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 105. Janv.

Struthers, J., Right-handedness. Lancet April 17. p. 1114.

Studnička, F. K., Ueber d. Histologie u. Histogenese d. Knorpels d. Cyklostomen. Arch. f. mikroskop. Anat. XLVIII. 4. p. 606.

Swaen, A., Recherches sur le développement du foie, du tube digestif et de l'arrière-cavité du péritoine et du mésentère. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXIII. 1. p. 32. Janv.—Févr.

Tandler, Julius, Ueber Mesenterialvarietäten. Wien. klin. Wchnschr. X. 9.

Terray, P., Der Einfluss d. Oxygengehaltes d. Luft auf d. Stoffwechsel. Ungar. med. Presse II. 11. 13. 16.

Thomayor, La signification de quelques rêves. Revue neurol. V. 4. p. 98. Févr.

Thompson, W. H., Action de la peptone sur le système vaso-moteur. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 117. Janv.

Timmermans, Adrien, De la permutation du son. Nouvelle contribution à la physiologie du langage. Arch. des Sc. méd. II. 1. p. 30. Janv.

Tissot, J., Recherches expérimentales sur la création de l'élasticité et l'énergie qui lui a donné naissance dans les muscles en contraction volontaire. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 90. Janv.

Tissot, J., Les lois de mouvement énergétique dans les muscles en contraction volontaire (contraction statique) établies d'après l'étude des échanges respiratoires. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 90. Janv.

Troitel, Ueber d. Vibrationsgefühl d. Haut. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 633.

Trolard, Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale. Journ. de l'Anat. et de la Physiol. XXXIII. 2. p. 105. Mars—Avril.

Tsuboi, Jiro, Ueber die Stickstoffausscheidung durch d. Darm. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 68.

Ulesko-Stroganowa K., Zur Frage von d. Entstehung d. Zwischenzottenraumes. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 95.

Unna, P. G., Ueber d. Lochkerne d. Fettgewebes. Deutsche Med.-Ztg. 58. 1896.

Unna, P. G., Ueber d. Haar als Rassenmerkmal u. über d. Negerhaar insbesondere. Deutsche Med.-Ztg. 82. 83. 1896.

Unna, P. G., Elacin. Deutsche Med.-Ztg. 83. 1896.

Unna, P. G., Paraplaste. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 7. p. 341.

Valenta von Marchthurn, Alois, Ein Fall von kolossaler erbl. Fruchtbarkeit. Memorabilien XL. 7. p. 400. 1896.

Van de Velde, Th. H., Die willkürl. Vermehrung d. Pulsfrequenz. Arch. f. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 232.

Veau, Victor, Des dilatations congénitales des conduits excréteurs du rein. Gaz. des Hôp. 36. 39.

Vitzou, Alex. N., La néoformation des cellules nerveuses dans le cerveau du singe consécutive à l'ablation complète des lobes occipitales. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 29. Janv.

Vogt, *Flechsig's* Associationscentrenlehre, ihre Anhänger u. Gegner. Ztschr. f. Hypnot. V. 6. p. 347.

Voïnitsch-Sianogensky, A. R., Quelques particularités de la position du médiastin antérieur chez les animaux. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. V. 1. p. 46.

Voit, Fritz, Stoffwechseluntersuchungen am Hund mit frischer Schilddrüse u. Jodothyrin. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 116.

Voogt, G. N. de, Kritisch-experimenteele beschouwingen over de schildklier. Akad. proefschr. Leiden 1896. H. Klein. 8. 131 blz.

Waller, A. D., Influence of acids an alkalies upon the electrotonic currents of medullated nerve. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. XI.

Wallisch, Wilhelm, Ueberzählige Zähne u. ihre Beziehung zur atavist. Theorie. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 4. p. 160. April.

Weil, Prosper Emile, Omphalocèle congénitale; anomalies multiples et arrêts de développement. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 121. Janv.

Weir jun., James, Queer eyes in queer places. New York med. Record LI. 15. p. 516. April.

Woiske, H., Ueber d. Einfluss d. Nahrungsentziehung auf d. Gewicht u. d. Zusammensetzung d. Organe, insbes. d. Knochen u. Zähne. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 485.

Weiss, J., Ueber d. angebl. Einfluss d. Höhenklimas auf d. Hämoglobinbildung. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 526.

Wertheimer, E., et L. Lepage, Sur les mouvements des membres produits par l'excitation de l'hémisphère cérébrale du côté correspondante. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 168. Janv.

Wertheimer, E., et L. Lepage, Sur les voies d'absorption des pigments dans le foie. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 363. Avril.

Westphal, A., Ueber d. Markscheidenbildung d. Gehirnnerven d. Menschen. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 474.

White, Arthur, Vergleich d. Wirkungsart von *Kronecker's* Herzfusionskanüle mit *William's* Modifikation derselben. Ztschr. f. Biol. XXXV. 1. p. 1.

Wolff, Jacob, Ueber ein selbständiges motor. Centrum d. N. peronaeus in d. menschl. Hirnrinde. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVI. 32.

Wolff, Julius, Fall von angeb. Kieferkleinheit mit Kiefersperre. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12. p. 257.

Woodhouse, Walter M., A case of exomphalos with other malformations. Lancet Febr. 13. p. 442.

Wright, Clarence A., The physiology of the vesiculae seminales. Lancet March 27. p. 914.

Wullstein, L., Ueber Aufnahme d. Rumpfes durch *Röntgen*-Strahlen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 16.

Wynkoop, Edward Judson, Some interesting variations in the flexor and extensor muscles of the forearm. New York med. Record LI. 8. p. 263. Febr.

Zuntz, Leo, Zur Kritik von *Hammerschlag's* Methode d. Dichtebestimmung von Blut u. Serum. Arch. f. Physiol. LXVI. 9 u. 10. p. 539.

S. a. I. *Physiologische Chemie;* 10. Herxheimer. V. 2. a. Cox; 2. c. Molloy; 2. e. Riedinger. VI. Beuttner, Manclaire, Schmey, Wertheim. VII. Ahlfeld, Councilman, Fehling, Gessner, Whiting. VIII. Monti. X. Benedikt. XI. Gruher. XIII. 2. *Physiologische Wirkung d. Arzneimittel.* XIV. 2. Strasser; 4. Doucher. XVI. Tano, Wolff.

III. Allgemeine Pathologie.

(Experimentelle Pathologie. Patholog. Anatomie. Bakteriologie.)

Arloing, Toxicité comparée du sérum normal et du sérum antidiphthérique. Lyon méd. LXXXIV. p. 485. Avril.

Arnsperger, Hans, Ueber verästelte Knochenbildung in d. Lunge. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 141.

Auché et G. Carrière, Etudes histologiques des épanchements hémorrhagiques de la plèvre. Revue de Méd. XVII. 3. p. 181.

Aufrecht, E., Experimentelle Lebercirrhose nach Phosphor. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 302.

Anld, A. G., Remarks on the morphology and chemical products of the diplococcus pneumoniae, and some results of vaccination. Brit. med. Journ. March 27.

Anvray, Etude expérimentale sur la résection du foie chez l'homme et chez les animaux. Revue de Chir. XVII. 4. p. 319.

Avetrani, G., Contributo allo valore clinico degli stafilococci nel saegue. Gazz. degli Osped. XVIII. 31.

Baruchello, Leopoldo, Alcune ricerche sui bacteri termofili. Policlinico IV. 4. p. 91.

Beaussenat, Appendicites expérimentales. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 155. Janv.—Févr.

Béco, Lucien, La perméabilité de la paroi intestinale vis-à-vis des microbes de l'intestin. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 108. Janv.

Beijerinck, M. W., Amöbencultur auf festen Substraten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 3.

Beiträge zur patholog. Anatomie u. zur allg. Pathologie, red. von *E. Ziegler* XXI. 1. 2. Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. S. 189—378 mit 17 lithogr. Tafeln u. 4 Textfiguren.

Berestneff, N., Sur les bacilles diphthériques ramifiés. Arch. russes de Pathol. etc. III. 1. p. 59.

Borger, H., Zelldegeneration d. Vorderhornzellen d. Rückenmarks, namentlich bei Dementia paralytica. Mos.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 3. p. 252.

Berkley, Henry J., Lesions induced by the action of certain poisons on the nerve cell: diphtheria. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 71. p. 23. Febr.

Bertschinger, Hans, Ueber d. Vorkommen u. d. Bedeutung d. *v. Recklinghausen*'schen Gitterfiguren im Knochen, besond. b. d. das weiche Schädelosteophyt begleitenden „physiolog. Osteomalacie“ d. Schwangern (*Hanau*). Virchow's Arch. CXLVII. 2. p. 341.

Biernacki, E., Beiträge zur Pneumatologie des patholog. Menschenblutes, zur Blutgerinnungsfrage u. zur Lehre von d. Blutalkalescenz in krankhaften Zuständen. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 31.

Bloch, Rudolf, Familiendisposition b. symmetr. Atrophie des Schädeldaches. Prag. med. Wchnschr. XXII. 13. 14.

Blumenthal, Ferdinand, Weiterer Beitrag zur Kenntniss d. Tetanusgiftes. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 325.

Bohne, Julius, Ueber d. Bedeutung d. Retention von Chloriden im Organismus f. d. Entstehung urämischer u. komatöser Zustände. Fortschr. d. Med. XV. 4. p. 121.

Bonhoff, Versuche über d. Möglichkeit d. Uebertragung d. Rotzcontagium mittels Diphtherieheilserum. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5.

Bordet, Jules, Contribution à l'étude du sérum antistreptococcique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 3. p. 177. Mars.

Brancard, Albert, Particularités morphologiques de quelques adénomes du rectum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 161. Janv.—Févr.

Brault, J., et J. Rouget, Etude clinique et bactériologique d'une pseudo-mycose observée en Algérie. Arch. de Méd. expérim. IX. 2. p. 129. Mars.

Bruhn-Fåhræus, Studier öfver leukocytosen. Forh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 66.

Bruns, Hayo, Ueber d. Fähigkeit d. Pneumococcus Fränkel, lokale Eiterungen zu erzeugen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 17.

Buddee, Georg, Die Herkunft d. Wanderzellen in d. Hornhaut. Ein Beitrag zur Entzündungslehre. Virchow's Arch. CXLVII. 2. p. 217.

Bujwid, O., Diphtheriebacillen in einem Harnsedimente. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 10.

Buso, J. F., et V. Vedel, Des injections intraveineuses massives de la solution salée simple (NaCl 7‰) dans le traitement de l'infection colibacillaire expérimentale. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 44. Janv.

Busseniue u. Siegel, Der gemeinsame Krankheitserreger d. Mundseuche d. Menschen u. d. Maul- u. Klauenseuche der Thiere. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6.

Busseniue u. Siegel, Zur Frage des Bacillus d. Maul- u. Klauenseuche. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Calmette, Rôle de la bactériologie en clinique. Echo méd. I. 10.

Campacini, Fausto, Sull'esclusione dal circolo di tratti intestinali. Ricerche sperimentali, batteriologiche e microscopiche. Policlinico IV. 5. p. 97.

Carrière, G., Etude expérimentale des altérations histologiques du foie et du rein, produites par les toxines tuberculeuses (tuberculine). Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 65. Janv.

Carslaw, James, and R. M. Buchanan, Specimens of facial nerve from a case of double facial paralysis. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 282. April.

Cashin, John G., A note on the bacillus coli communis. Amer. Pract. and News XXIII. 7. p. 251. April.

Ceearie-Demel, A., Beitrag zum Studium des experim. Marasmus. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 2. p. 201.

Charrin, A., Epilepsie expérimentale. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 181. Janv.

Chase, D. D., Recurrent tumor of slow growth. New York med. Record LII. 4. p. 119. Jan.

Claisse, Paul, et O. Josué, Recherches expérimentales sur les pneumoconioses. Arch. de Méd. expérim. IX. 2. p. 205. Mars.

Cobbett, L., Contribution à l'étude de la physiologie du bacille diphthérique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 3. p. 251. Mars.

Conrad, Eugen, Bakteriolog. u. chem. Studien über Sauerkrautgährung. Arch. f. Hyg. XXIX. 1. p. 56.

Coreil, V., Sur la pneumonie interstitielle expérimentale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 947. Déc. 1896.

Cornil, V., Des modifications que subissent les cellules endothéliales dans les inflammations et en particulier dans les adhérences des membranes séreuses et dans la pneumonie. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 9. Janv.

Cornil, V., Du rôle de la fibrine dans les inflammations des séreuses et du tissu conjonctif. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 11. p. 321. Mars 16.

Couillaud, Paul, La dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis nigricans dans ses rélations avec la carcinose abdominale. Gaz. des Hôp. 42.

Courmont, J., Le sérum de *Marmorek* n'immunise pas le lapin contre le streptocoque de l'érysipèle. Lyon méd. LXXXIV. p. 592. Avril.

Delore, X., Intoxication de la mère par le foetus. Lyon méd. LXXXIV. p. 94. Janv. 17.

De Martini, L., Zur Differenzirung d. Diphtherie- von d. Pseudodiphtheriebacillen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 3.

Denig, R., Experiment. Beobachtungen über ein bisher unbekanntes Verhalten von Fremdkörpern in d. vorderen Kammer. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 1896.

Diamare, Vincenzo, Ueber entozoische tuberkulöse Neubildungen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Dobrzyniecki, Arpád R. v., Ueber Leptothrix. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 6 u. 7.

Dorset, Marion, Crystal formation in culture media. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Droesbach, G. P., Ueber d. Elemente d. Cor- u. Zircongruppe auf d. Wachsthum von Bakterien. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 2.

Duncan, Eben., and Galt, Suprarenal capsule from Addison's disease. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 212. March.

Duplant, Myome malin ou cancer musculaire lisse. Lyon méd. LXXXIV. p. 11. Janv. 3.

Durham, Herbert E., The mecbanism of reactieu to peritoneal infection. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 338.

Dzierzgowski, J., Zur Frage über d. Verhalten d. Diphtherieheilserum b. d. Filtration durch d. Chamberlaed'sche Filter. Centr.-Bl. f. Baktoriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Eberth, C. J., Verirrtes Magenepithel in d. Speiseröhre. Fortschr. d. Med. XV. 7. p. 251.

Eger, Ueber d. Regeneration d. Blutes u. seiner Componenten nach Blutverlusten u. d. Einwirkung d. Eisens auf diese Processe. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 335.

Ergebnisse d. allgem. Pathologie u. patholog. Anatomie d. Meeschen u. d. Thiore. Herausgeg. von *O. Lubarsch* u. *R. Ostertag*. II. Jahrg. 1895. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. X u. 840 S. 25 Mk.

Eyre, Ino., The diplococcus pneumoniae. Brit. med. Journ. April 3. p. 883.

Eyre, J. W., and J. Washbourn, Resistent forms of the pneumococcus. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 394.

Formi, Clandio, e G. Pamperai, Sulla pretesa peptonizzazione dell'albumina da parte dei microorganismi. Policlinico IV. 8. p. 190.

Fischl, Emil, Ueber d. Einfl. d. Abkühlung auf die Disposition zur Infektion. Prag. med. Wchnschr. XXII. 5. 6.

Flatau, E., Neue experiment. Arbeiten über die Pathologie der Nervenzelle. Fortschr. d. Med. XV. 8. p. 281.

Flatau, E., Ueber Veränderungen d. menschlichen Rückenmarks nach Wegfall grösserer Gliedmaassen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Fodor u. Rigler, Nanere Untersuchungen über d. Alkalicität d. Blutes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 4.

Frantzius, E., Einige Beobachtungen über die Wirkung d. *Röntgen*'schen Strahlen auf d. Gift d. Tollwuth. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 6 u. 7.

Frisk, Julius, Keuhkotuberkuloosin patologinen anatomia. [Pathol. Anat. d. Lungentub.] Duodecim XIII. 3. s. 96.

Gabritsohovsky, G., Sur les spirilles de la fièvre récurrente, avec reponse de *Metchnikoff*. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 3. p. 238. 245. Mars.

Gehhardt, W., Ueber 2 von Protozoen erzeugte Pylerustumoren b. Frosch. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 536.

Gifford, H., Der *Fraenkel*'sche Diplecoccus als häufiger Erreger d. akuten Bindehautkatarrhs. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 138.

Glantenay et Gosset, Contribution à l'anatomie pathologique du rein mobile. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 216. Févr.—Mars.

Glockner, Adolf, Ueber d. sogen. Epithelkrebs d. serösen Häute (*Wagner-Schulz*). Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 2 u. 3. p. 209.

Goldscheider, A., Beiträge zur Pathologie der Nervenzelle. Fortschr. d. Med. XV. 7. p. 241.

Grandin, Egbert H., Remarks on septio peritonitis with special reference to the antistreptococcio serum. New York med. Record LI. 14. p. 473. April.

Grawitz, Paul, Die naturwissenschaftl. Grundlage d. modernen Entzündungstheorie. Wien. med. Wochenschr. XLIII. 5.

Graziani, Giovanni, De l'emploi des phthaléines (phthaléïnes du phénol et de la resorcine) pour reconnaître le colibacille, le bacille d'Eberth et celui du choléra. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 98. Janv.

Grethe, G., Ueber d. Keimung d. Bakteriensporen. Fortschr. d. Med. XV. 3. p. 81. 135.

Guizzetti, Pietro, Nuove ricerche batteriologiche nel noma. Policlinico IV. 5. p. 115.

Gurrieri, R., Dégénérescences systématisées de la moelle épinière dans l'empoisonnement expérimental par le phesphore. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 370.

Habn, Martin, Ueber d. Steigerung d. natürl. Widerstandsfähigkeit durch Erzeugung von Hyperleukocytose. Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 312.

Hanna, William, The toxins and antitoxins of symptomatic anthrax. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 383.

Hansemann, David, Die mikroskop. Diagnose d. bösartigen Geschwülste. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. 207 S. mit 83 Figg. im Text. 7 Mk.

Haring, W., Beitrag zur Kenntniss d. patholog. Anatomie des Pyramidenstaars mit Hornhautadhärenz. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 25.

Hauchecorne, Rhachitis u. Syphilis u. d. Rhachitis der Thiere. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 16. p. 344.

Hedley, W. S., Experimental distorsion. Lancet April 3. p. 953.

Heller, Riehard; Wilb. Mager u. Hermann v. Schrötter, Ueber arterielle Luftembelie. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft. p. 113.

Hensen, Hans, Ueber d. Durehgängigkeit von Membranen f. Fäulnissprodukte. Ztschr. f. Biel. XXXV. 1. p. 101.

Hesse, W., Ueber d. Ursprung der in Culturgläsern auftretenden Kohlensäure. Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 307.

Heyse, Gustav, Ein Beitrag zur mikroskop. Anatomie d. Ovarien Osteomalacischer. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 321.

Holmes, A. Mansfield, The technique of blood study and experiments in the physiological chemistry of leucocytes; a study in cell tissues and their significance in tuberculosis. New York med. Record LI. 11. p. 369. March.

Hugounenq et Doyon, Sur une nouvelle fonction chimique commune au bacillus coli et au bacille d'Eberth. Lyon méd. LXXXIV. p. 227. Févr.

James, John A., Some remarks on adenoids. New York med. Record LI. 16. p. 552. April.

Jamiesou, W. H., A case of infection by the bacillus aërogenes capsulatus. Mentreal med. Journ. Aug. 1896.

Immunität s. III. *Maksutow, Reichenbach, Sacharow*. IV. 2. *Delius, Grünbaum, Maksutow, Salimbeni, Wright*. XV. *Musmeci*.

Jona, Ginseppe, Die Schutzmittel d. Organismus gegen d. Blastomyceten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 4.

Jones, H. Macnaugton, Deciduoma malignum. Brit. gynaecol. Journ. XLVIII. p. 526. Febr.

Jores, Leonh., Ueber Erkrankungen d. Arterien d. Struma. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathel. XXI. 2. p. 211.

Israel, O., Ueber d. Tod d. Zelle. Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 8. 9.

Kaes, Th., Beiträge zur Kenntniss d. Markfasergehaltes d. Grosshirnrinde b. Idieten mit vergleichenden Rindenmessungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 4. p. 307.

Kaiserling, C., Weitere Mittheilungen über die Herstellueg möglichst naturgetreuer Sammlungspräparate. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 389.

Kapsammer, Georg, Callusbildung nach Ischiadicusdurchschneidung. Wien. klin. Wchnschr. X. 13.

Keferstein, G., Ein neuer farbstoffbildender Mikrococcus aus rother Milch. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 5.

Koch's Berichte über seine in Kimberley ausgeführten Experimentalstudien zur Bekämpfung d. Rinderpest. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15. 16.

Kohn, Hans, Bakteriolog. Blutuntersuchungen, insbesondere b. Pneumonie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9.

Kolle, W., Zur Bakteriologie d. Beulenpest. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10.

Kondratjoff, A. J., Zur Frage über d. Selbst-

schutz d. thier. Organismus gegen bakterielle Infektionen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 10.

Korn, Otto, Bakteriolog. Befund b. einem Leberabscess. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Korolow, E. E., Ueber d. Ursprung u. d. Bedeutung d. Ganglienzellen b. d. Regeneration verletzter Nerven. Med. Centr.-Bl. XXXV. 8.

Krebs s. III. *Couillaud, Duplant, Glockner, Pariot, Roncali, Schmidt.* IV. 3. *Benda, Hampeln;* 5. *Angelesco, Blanc, Buhre, Carrière, Czygan, Decloux, Ekehorn, Fontoynont, Futterer, Milian, Roux, Tournier;* 6. *Delètre;* 9. *De la Camp, Korff;* 10. *Robinson.* V. 2. a. *Halstead, Morton, Sacchi, Slomann, Woods;* 2. b. *Loveland;* 2. c. *Akerman, Bergström, Euren, Ere, Gangolphe, Gerota, Hutchinson, Luys, Newman, Quénu, Wins;* 2. d. *Loumeau;* 2. e. *Herbet.* VI. *Bouilly, Doran, Gellhorn, Kalabin, Koblanck, Möricke, Roberts, Zeiss.* VII. *Pobedinsky.* X. *Bistis, Noyes.* XI. *Goodale, Greene, Kuh, Schmiegelow.* XIV. 4. *Butlin, Coley, Davies, Sematski.*

Kuthy, Desidor, Ueber d. Einfl. d. verdünnten Luft auf d. Virulenz d. Pneumococcus Fraenkel. Fortschr. d. Hydrother. p. 321. — Ungar. med. Presse II. 11.

Laborde, J., Recherches physiologiques sur une moisissure nouvelle: l'eurotiopsis Goyoni. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 1. Janv.

Lamy, Henri, Lésions médullaires expérimentales produites par les embolies aseptiques. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 184. Janv.

Langhans, Ueber d. Knochen d. Kretinen. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 6. p. 179.

Langlois, P., Recherches sur l'altération fonctionelle des capsules surrénales. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 152. Janv.

Lépine, Sur le ferment glycolytique. Lyon méd. LXXXIV. p. 363. Mars.

Létienne, A., De l'aspergillose. Arch. gén. p. 193. Févr.

Letulle, Maurice, Anatomie pathologique. Coeur. Vaisseaux. Poumons. Paris. Georges Carré et C. Naud. 4. XII et 434 pp. avec 102 figg., dont 31 en couleurs.

Letullo, Etude microscopique d'un cas de tuberculose du coeur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 200. Févr.—Mars.

Leusden, Fr. Pels, Ueber d. serotinalen Riesenzellen u. ihre Beziehungen zur Regeneration d. epithelialen Elemente d. Uterus an d. Placentarstelle. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 1.

Lewkowicz, Xaver, Ueber d. Entwicklungsgang u. d. Eintheilung d. Malariaparasiten. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 4.

Limbeck, R. v., Prakt. Ergebnisse d. modernen Blutuntersuchung am Krankenbette. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 5. 6. 7. 8.

Lister, On the value of pathological research. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Lode, Alois, Ueber die Beeinflussung der individuellen Disposition zu Infektionskrankheiten durch Wärmeentziehung. Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 344.

Löwit, M., Vorlesungen über allgem. Pathologie. 1. Heft: die Lehre vom Fieber. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. XII u. 185 S. 5 Mk.

Löwit, M., Ein Schulversuch zur Demonstration d. rückläufigen Blutströmung. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 3 u. 4.

Löwy, A., u. P. F. Richter, Die Heilkraft des Fiebers. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9.

London, E. S., De l'influence de certains agents pathologiques sur les propriétés bactéricides du sang: des propriétés bactéricides du sang dans les conditions normales. Arch. des Sc. biol. de St. Pétersb. V. 1. p. 88.

Lustig, A., a. G. Galeotti, On the vaccination of animals against the plague bacillus, and on the serum obtained therefrom. Brit. med. Journ. April 24. — Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15.

MacCallum, W. H., On the pathology of haematozoan infections in birds. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 51. March.

McCrorie, David, A method of staining flagella. Brit. med. Journ. April 17.

McWeeney, Tubercle bacillus. Dubl. Journ. CIII. p. 154. Febr.

Mairet et Vires, Toxicité du foie. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 353. Avril.

Maksutow, A., Zur Frage über d. Verhältniss d. natürl. Immunität zur künstlichen. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Mamurowsky, A., Ueber eine neue Färbungsmethode von Hautschnitten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 4. p. 211.

Marek, Beiträge zur pathologischen Histologie d. Schweineseuche. Ztschr. f. Thiermed. I. 2. p. 92.

Marenghi, Giovanni, Ueber d. Bezieh. zwischen d. Ausscheidung d. Stickstoffes im Stoffwechsel d. Pferdes u. d. Erzeugung d. Diphtherieserum. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 6 u. 7.

Marineeco, Georgee, Pathologie générale de la cellule nerveuse; lésions secondaires et primitives. Presse méd. V. 8.

Marpmann, a) Vorkommen von niederen Pilzen im Tafelsenf. — b) Das Vorkommen von Bakterien u. Pilzen in Schreib- u. Schultinten. — c) Das Vorkommen von pathogenen Bakterien in Sauerkraut, sauren Gurken u. Salat. — d) Das Vorkommen von anaërobon Bakterien in frischer Kuhmilch. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 6 u. 7.

Marx, E., Zur Kritik d. Wuthbacillus Bruschettini's. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XX. 15.

Maurel, E., La leucocytose. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 6. p. 139. Févr. 9.

Mazé, Fixation de l'azote libre par le bacille des nodosités de légumineuses. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 44. Janv.

Mermet, P., Apoplexie myomateuse; structure histologique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 922. Déc. 1896.

Morgan, John H., Case of multiple osteomata undergooing sarcomatous changes. Lancet April 3. p. 954.

Moser, W., The alleged flagellate malarial parasite versus the amoeboid contractility of the red blood cell. New York med. Record LI. 8. p. 259. Febr.

Mygge, J., Om den diagnostiske Betydning af springende Temperaturer. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. s. 55.

Nattan-Larrier, Technique de l'ablation du canal thoracique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 222. Févr.—Mars.

Nehrkorn, Alex., Ein Fall von meningealer Perlgeschwulst. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 73.

Neufeld, Fred., Treten im menschl. Blute nach überstandener Streptokokkenkrankheit Antikörper auf? Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Nicolle et Hebert, Note sur un échantillon de bacille de Friedlaender isolé dans la vase de la Seine. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 80. Janv.

Noeske, Hans, Versuche über d. Bedingungen d. Farbstoffbildung d. Bacillus pyocyaneus. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 103.

Pakes, W. C. C., and J. W. Eyre, Formalin as a preservative for cultivations of bacteria. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 418.

Paviot et Fayolle, Cas de prétendu cancer vert d'Aran. Lyon méd. LXXXIV. p. 594. Avril.

Pawlinow, C., La condition nécessaire de la vie et de l'évolution considérée comme condition de la maladie et du dépérissement sénile de l'organisme. Moscou. Alexandro Larg. 8. 90 pp.

Peters, A., Ueber d. Verhältniss d. Xerosebacillen zu d. Diphtheriebacillen, nebst Bemerkungen über d. Conjunctivitis crouposa. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9.

Pfleger, L., u. A. Pilcz, Beiträge zur Lehre von d. Mikrocephalie. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 76.

Plehn, Albert, Die Blutuntersuchungen in trop. Fiebergegenden u. ihre prakt. Bedeutung. Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1. 1. p. 7.

Quénu et Longuet, Note sur les adhérences provoquées expérimentalement. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 72. Janv.

Rognault, Félix, De la présence fréquente d'un troisième trochanter sur les fémurs rachitiques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 897. Déc. 1896.

Reichenbach, Ludwig, Ueber Immunisirungsversuche gegen Staphylococcus pyogenes aureus. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 92.

Reineboth, H., Experimentelle Studien über die Wiederausdehnung d. Lunge b. offener Brusthöhle, insbes. nach Operation d. Empyems. Habilitations-Schr. (Halle). Leipzig. Druck von J. B. Hirschfeld. 8. 34 S. — Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 178.

Reinert, E., Die Bedeutung d. Blutuntersuchung f. d. Praxis. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 3.

Remlinger et Schneider, Contribution à l'étude du bacille typhique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 55. Janv.

Ribbert, Beiträge zur patholog. Anatomie d. Herzens. Virchow's Arch. CXLVII. 2. p. 193.

Richardson, Mark W., Die Diagnose von Typhusculturen vermittels getrockneten Typhusserums. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Riedinger, J., Anbildung u. Schwund oder Erhaltung d. Substanz u. d. Funktion? Chir. Centr.-Bl. XXIV. 10.

Robb, Hunter, The bacillus proteus Zenkeri in an ovarian abscess. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 70. p. 4. Jan.

Roger et Josué, Des altérations du rein dans l'oïdo-mycose expérimentale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 127. Janv.

Roger et Josué, Des modifications de la moelle osseuse produites par le staphylocoque et ses toxines. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 193. Févr.—Mars.

Roncali, D. B., Ueber d. gegenwärt. Stand unserer Kenntnisse über d. Aetiologie d. Krebses. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9. 10.

Roncoroni, Luigi, Die Histologie d. Hirnlappenrinde b. Verbrechern u. Epileptikern. Wien. klin. Rundschau XI. 6. 7. 8.

Ross, Ronald, Surgeon-captain *Hehir* and the parasite of malaria. Lancet Febr. 20. p. 551.

Roux, Gabriel, Diagnostic expérimental de la morve. Lyon méd. LXXXIV. p. 92. Janv. 17.

Roux, G., Da l'expérimentation physiologique appliquée à l'analyse bactériologique des eaux. Lyon méd. LXXXIV. p. 435. Mars.

Rouxeau, Alfred, Relation de 103 opérations de thyroïdectomie chez le lapin. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 136. Janv.

Ružička, Stanislaw, Experim. Beiträge zur Lehre von d. Selbstverdauung d. Magens. Wien. med. Presse XXXVIII. 10—17.

Sacharoff, N., Ueber d. Rolle d. Eisens b. d. Bewegungs- u. Degenerationserscheinungen d. Zellen u. b. d. baktericiden Wirkung d. Immunserums. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 5 u. 6.

Sanguineti, Contribution à l'étude de l'amylomyces Rouxii, de la levure chinoise et des moisissures-ferments de l'amidon. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 3. p. 264. Mars.

Schaefer, A., La température dans la fièvre. Arch. gén. p. 462. Avril.

Schattenfroh, A., Weitere Mittheilungen über d. baktericiden Leukocytenstoffe. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16.

Scherer, Ein Fall von malignem Oedem b. Menschen. Stuttg. med. Abhandl. p. 77.

Schlaefke, W., Bakteriologisches aus d. Bericht über d. 25. Versammlung d. ophthalmol. Gesellschaft zu Heidelberg 1896. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Schmidt, Martin B., Ueber Sekretionsvorgänge in Krebsen d. Schilddrüse u. d. Leber u. ihren Metastasen. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 43.

Schürmayer, B., Eine Abänderung d. automat. Gasabschlusses beim Verlöschen d. Flammen an Brütschränken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 10.

Schujeninoff, S., Zur Frage d. Kalkablagerung in d. quergestreiften Muskeln. Muskelverkalkung in genähten Wunden. Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 2 u. 3. p. 79.

Schujeninoff, Ueber d. Veränderungen d. Haut u. d. Schleimhäute nach Aetzungen mit Trichloressigsäure, rauchender Salpetersäure u. Höllenstein. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 1.

Schultz, P., Ueber d. Einwirkung monochromat. Lichter auf d. Baktorienentwickelung. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 150.

Shattock, Samuel G., Keratinising epithelial tumour from the scalp. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 412.

Simmonds, M., Zur Conservirung d. Kartoffeln zu Culturzwecken. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 3.

Singer, Gustav, Krit. Bemerkungen zur Lehre von d. Autointoxikation. Wien. med. Presse XXXVIII. 13.

Singer, Ueber experiment. Embolien im Centralnervensystem. Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 2 u. 3. p. 105.

Spencer, W. G., On the pathology of the lymphadenoid structures. Lancet March 6. 13. 20.

Spiegler, Eduard, Histolog. Notizen über das Eczema marginatum (*Hebra*). Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 219.

Stanziale, Rodolfo, Contribuzione batteriologica allo studio degli ascessi periuretrali complicanti la blenorragia. Rif. med. XIII. 32.

Steiner, Max, Beiträge zur Pathogenese d. Soorpilzes. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 10.

Steinschneider, Ueber die Differenzirung der Gonokokken durch d. Züchtungsverfahren u. d. Färbungsverfahren. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 13. 14.

Stoeltzner, Wilh., Histolog. Untersuchungen an jungen Kaninchen über d. Verhältnisse d. Apposition u. Resorption d. Knochengewebes unter d. Einflusse ausschliessl. Haferfütterung. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 430.

Storm-Bull, Det *Litten*'ske Diafragmafänomen. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 97.

Sturmer, A. J., The mosquito as a vehicle of infection. Lancet Jan. 30. p. 346.

Sulser, Max, Anatom. Untersuchungen über Muskelatrophie artikul. Ursprungs. Festschrift (Hagenbach) p. 135.

Szegö, Koloman, Die Darmmikroben d. Säuglinge u. d. Kinder. Arch. f. Kinderhkde. XXII. 1 u. 2. p. 25.

Tedeschi, Alessandro, Anatom.-experim. Beitrag zum Studium d. Regeneration d. Gewebes d. Centralnervensystems. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 43.

Thiry, Georges, Contribution à l'étude du polychromisme bactérien (bacille et cladothrix polychromes, cristaux colorés). Arch. de Physiol. 5. S. IX. 2. p. 284. Avril.

Thomson, W. H., The significance of pain. Med. News LXX. 11. p. 321. March.

Tirelli, V., Sur la toxicité du sang dans les asphyxies. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 335.

Ulesko-Stroganowa, K., Ein Fall einer malignen Neubildung, ausgegangen von d. Elementen d. Zotten-

überzuges (Deciduoma malignum autorum). Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 15.

Unna, Die Einwanderungswege d. Staphylokokken in d. menschl. Haut. Deutsche Med.-Ztg. 53. 54. 1896.

Unna, P. G., Die ballonirende Degeneration d. Hautepithelien. Deutsche Med.-Ztg. 96. 1896.

Unna, P. G., Der Fettgehalt d. Lepra- u. Tuberkelbacillen. Deutsche Med.-Ztg. 99. 100. 1896.

Unna, P. G., Histolog. Demonstrationen zur Pathologie der Haut. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 4. p. 181.

Unna, P. G., Bemerkungen über Züchtung u. Pluralität d. Trichophytonpilze. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 6. p. 289.

Uschinsky, N., Ueber Diphtherieculturen auf eiweissfreier Nährlosung. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 4.

Van Duyse, Premiers éléments de diagnostic anatomo-pathologique au cours des autopsies. Belg. méd. IV. 9. 11. 13. 14. 15. p. 263. 331. 392. 426. 455.

Vansant, Eugene Larue, A brief report of the results of a bacteriological investigation of the nasal mucus in 100 cases of chronic nasal discharge, with special reference to the *Klebs-Loeffler*-bacillus. Philad. Policlin. VI. 11. p. 109. March.

Walser, B., Vorläuf. Mittheilung über Versuche experimenteller Erzeugung von Lidemphysem b. Cadaver. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 201.

Washbourn, J. B., Antipneumococcic serum. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Wassermann, A., Experimentelle Beiträge zur Serumtherapie vermittelst antitoxisch u. baktericid wirkender Serumarten. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Weijerman, Jenny, Cultuur van diphtheriebacillen, eidooier-agar. Nederl. Weekbl. I. 10.

Wolfe, Samuel, Autointoxication. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 335. Febr.

Zadoc-Kahn, L., De la régénération du foie dans les états pathologiques. Arch. gén. p. 165. Févr.

Zettnow, Ueber den Bau der grossen Spirillen. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 1. p. 72.

Ziegler, E., Ueber fibrinöse Entzündung d. serösen Häute. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 2. p. 227.

Zupnik, Leo, Ueber d. prakt. Verwendbarkeit d. Mäusebacillen, insbesondere d. *Loeffler*'schen Bac. typhi murium. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

S. a. I. Heffter, Lewin, Münzer, Runeberg, Winterberg, Zeynek. II. Dexler, Laulanié. IV. 2. Guinon, Huber, Janowski, Janson, Klein, Lockwood, Nielsen, Pospischill, Rouget, Stoeltzner, White, Woldert; 3. Dessy, Faber, Meunier, Thiroloix; 4. Banti, Boinet, Thiroloix, Weber; 5. Adami, Brun, Couturier, Levi, Martius, Widal; 6. Nicolaysen; 7. Burzio; 8. Borst, Castaigne, Kraus, Lévi, Marinesco, Schenk; 9. De Renzi; 10. Jacobi, Johnston, Risso, Unna; 11. Hansteen, Hjelmman, Jadassohn; 12. Kahlden. V. 1. Bart, Kaijser, de Lapersonne; 2. a. Barr; 2. c. Achard, Auvray, Monnier, Peyrot; 2. d. Melchior. VI. Caruso, Fischer, Goebel, Kumpf, Leguen. VII. Dobbin, Köstlin. VIII. Giarrè, Labbé. IX. Bonhoeffer, Hoch. X. Bach, Brailey, Goh. XI. Milbury, Nicolle, Pakas. XII. Neumann. XIII. 2. Drury, Kellogg, Merz, Wyss; 3. Latham. XIV. 4. Buchner, Koch. XV. Bardet. XVI. Pouchet. XVIII. Hoffmann, Marek.

IV. Innere Medicin.

1) *Allgemeine Medicin. Propädeutik.*

von Basch, Das Trommelstethoskop. Wien. med. Presse XXXVIII. 9.

Congress f. innere Med. in Rom (21. bis 23. Oct. 1896). Wien. med. Presse XXXVIII. 10. 11.

Förhandlingar vid första nordiska Kongressen för invärtes medicin i Göteborg den 27.—29. augusti 1896. Red. af *H. Köster*. Stockholm. P. A. Norsted o. Söner. 8. 110 s.

Gradle, H., Medical diagnosis based on eye symptoms. Medicine III. 3. p. 213. March.

Groto, G., Das Phonendoskop u. d. Friktionsmethode. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

Herz, Max, Eine neue Methode der Thermopalpation. Fortschr. d. Hydrother. p. 145.

Herz, Max, u. Theod. Hiebel, Ueber Thermopalpation. Wien. med. Presse XXXVIII. 7. 8.

Merklen, P., Asystolie et respiration de *Cheyne-Stokes*. Gaz. des Hôp. 22.

Orion, A., De la phonendoscopie et de l'emploi du phonendoscope dans l'auscultation simple, dans la percussion auscultée et dans la délimination des viscères thoraciques et abdominaux. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 241. Avril.

Petersson, O. V., Om nutidens kliniska undersökningsmetoder. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 264.

Sohloesser, Die Bedeutung d. Gesichtsfelduntersuchung f. d. Allgemeindiagnose. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Schuster, Ueber d. Palpation d. Bauchorgane im warmen Vollbade. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 15.

Stenbeck, Th., Om *Röntgen*strålarna i medicinens tjänst. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 92.

Vierordt, Oswald, Diagnostik d. innern Krankheiten auf Grund d. heutigen Untersuchungsmethoden. 5. Aufl. Leipzig. F. C. W. Vogel. Gr. 8. XVI u. 689 S. mit 194 Abbild. im Text. 14 Mk.

Zieniecz, M. K., Neue Modifikationen u. Anwendungsweisen d. Stethoskops zur Auskultation d. Lunge u. d. Herzens. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 14.

S. a. I. *Harnuntersuchung*, Cassaët. III. *Experimentelle Pathologie.*

2) *Allgemeine Infektionskrankheiten.*

Alston, Henry, The new theory of malaria. Lancet Febr. 27. p. 624.

Anton, Wilh., Die Diphtherie d. Nase. [Klin. Vortr. a. d. Gebiete d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol. herausgegeben von *Haug* II. 2.] Jena. Gust. Fischer. Gr. 8. S. 31—57. 80 Pf.

Arloing, S., Innocuité du pain pendant une épidémie de fièvre typhoïde d'origine hydrique. Lyon méd. LXXXIV. p. 273. Févr.

Arnold, J. P., The value of „cowgbell" inspiration as an early sign of pulmonary tuberculosis. Med. News LXX. 12. p. 366. March.

Ashton, Lawrence, A case of atypical typhoid fever complicated by thrombi of the right and left crural artery. Med. News LXX. 12. p. 367. March.

Askanazy, S., Ueber tumorartiges Auftreten d. Tuberkulose. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 360.

Babès, V., La septicémie muqueuse. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 7. p. 174. Févr. 16.

Baccelli, Guido, Della emoglobinuria da malaria. — Della emoglobinuria alla malaria coincidente, o seguente, per l'azione emotossica della chinina. Policlin. IV. 2. p. 1. — Rif. med. XIII. 43. 44.

Ball, J. Dyer, Eine chines. Ansicht von d. Pest. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Ball, M. V., The diphtheria question and the board of health. Philad. Policlin. VI. 6. p. 58. Febr.

Beatty, Wallace, A case of enteric fever, with jaundice and haematuria; death on 6th. day; no intestinal lesions, but enlarged mesenteric glands and spleen; typhoid bacilli found in the spleen. Dubl. Journ. CIII. p. 97. Febr.

Beck, R. J., Ueber *Pettenkofer's* Erklärung der Choleraepidemien. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 14.

Békésy, Gésa, Die Resultate d. Serumtherapie b. d. Diphtherie in Ungarn. Wien. klin. Rundschau XI. 16. 17.

Bentzen, C. E., Pröveforsendesapparat for bakteriologisk Kontrol af Diagnosen Difteri. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 3. Forh. S. 3.

Bergey, D. H., Bovine tuberculosis as a factor in the production of human tuberculosis through the use of meat and milk. Med. News LXX. 4. p. 102. Jan.

Bergholm, Hj., Anthrax. Duodecim XIII. 2. s. 61.

Berry, F. C., Subcutaneous emphysem complicating measles. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 522.

Bevan, Richard, The association of diphtheria and scarlet fever. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

Biggs, Hermann M., and William H. Park, Serum-test for the diagnosis of typhoid fever. Amer. Journ. of the med. Sc. CXIII. 9. p. 274. March.

Blaker, N. P., A case of tetanus following punctured wound of the hand treated by bismuth of mercury bath and antitexin; recovery. Lancet April 10. p. 1024.

Blanquinque, Note sur le diagnostic de la psittacose. Gaz. hebd. XLIV. 10.

Bloodgood, Rarer cases of and observation on streptococcus infection. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 47. March.

Blumenfeld, Felix, Specielle Diätetik u. Hygiene d. Lungen- u. Kehlkopfschwindsüchtigen. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. VIII u. 108 S. 2 Mk. 80 Pf.

Boake, Samuel, Case of blood poisoning in which antistreptococcic serum was used. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Bókay, Johann v., Die Heilserumbehandlung gegen Diphtherie in dem Buda-Pester Sefanie-Kinderspitale. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 2. p. 133.

Bondet, A., Sur le séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Lyon méd. LXXXIV. p. 219. Févr.

Breitung, Max, Beitrag zur vorbeugenden Behandl. d. Diphtherie. Deutsche Med.-Ztg. 57. 1896.

Brownlee, John, and Campbell S. Marshall, Notes on the occurrence of a number of cases of epidemic roseola or Rötheln in the City of Glasgow Fever Hospital. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 187. March.

Brunner, C., Zur Kenntniss des Tetanusgiftes. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 207.

Brunslow, O., Die Verbreitung d. Cholera durch d. Wasser u. d. Maassnahmen gegen dies. vom sanitätspolizeil. Standpunkte. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 410.

Bunce, M. A., Scarlatinal synovitis. Philad. Policlin. VI. 16. p. 161. April.

Burot, Le tétanos à Madagascar. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 126. Févr. 2.

Busseniusu. Siegel, Kann d. Maul- u. Klauenseuche d. Viehes auf d. Menschen übertragen werden? Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 147.

Cahot, R. C., Remarks on *Widal's* clump-reaction in typhoid fever. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 5. p. 107. Febr.

Cantlie, James, The spread of the hubonic plague. Med. News LXX. 4. p. 109. Jan.

Cantlie, James, On the treatment of hubonic plague. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Cardamatis, J. P., L'emploi du bleu de méthylène dans le traitement des fièvres palustres. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 15. p. 437. Avril 13.

Celli, A., u. F. S. Santori, Die Incubationsdauer d. Malariafiebers nach d. Behandlung mit Blutserum von immunen Thieren. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 2.

Cervellini, Francesco, Di una epidemia di miliare. Gazz. degli Osped. XVIII. 41.

Chambard-Hénon, Fièvre typhoïde chez un enfant de 13 mois. Lyon méd. LXXXIV. p. 409. Mars.

Chapin, Henry Dwight, The prevention of spread of contagious diseases. Med. News LXX. 5. p. 136. Jan.

Cheatham, William, The present status of the serum treatment of diphtheria. Amer. Pract. and News XXIII. 4. p. 127. Febr.

Colin, Léon, Sur la peste hubonique. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 120. Févr. 2.

Colin, Léon, Sur l'épidémiologie de la peste. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 15. p. 428. Avril 13.

Comby, J., La scarlatine à l'hôpital Trousseau en 1896. Méd. infant. L. p. 107.

Cooper, P. R., Severe case of typhoid fever in which antitoxin was successfully employed. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Coupland, Sidney, Some small-pox statistics. Lancet Febr. 20. 27.

Courmont, Paul, Séro-diagnostic de la fièvre typhoïde. Lyon méd. LXXXIV. p. 51. Janv. 10.

Courmont, P., et Et. Martin, Fièvre typhoïde avec complications pleuro-pulmonaires pneumococciques. Recherche de la séro-réaction pendant la vie et dans les différentes humeurs après la mort. Lyon méd. LXXXIV. p. 327. Mars.

Craig, Thomas C., The municipal control of the consumptive. New York med. Record LII. 4. p. 116. Jan.

Da Costa, J. M., The treatment of erysipelas. Medicine III. 4. p. 267. April.

Da Costa, J. M., Relapse in typhoid fever. Medicine III. 4. p. 270. April.

Dallmajer, Roman, Beitrag zur Behandlung d. diphther. Halserkrankungen mit *Behring*'schem Heilserum. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 12.

Daly, G. E., Diphtheria and scarlet fever. New York med. Record LI. 8. p. 262. Febr.

Daniels, Frank H., Hydrotherapy in typhoid fever. Med. News LXX. 16. p. 487. April.

Davis, N. S., Treatment of tuberculosis. Medicine III. 4. p. 281. April.

Delépine, A. Sheridan, The technique of serum diagnosis, with special reference to typhoid fever. Brit. med. Journ. April. 17.

Delius, W., u. W. Kolle, Untersuchungen über Influenzaimmunität. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 2. p. 327.

Dennig, Beitrag zur Kenntniss der Diphtherie. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Detwiler, B. H., The antitoxin treatment of diphtheria. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 1. p. 1. Jan.

Dieren, E. van, Verweerschrift contra Dr. *C. L. van den Burg's* aankondiging van: Beriberi eene rijstvergiftiging, critisch-historische bijdrage tot de kennis der meelvergiften. Amsterdam. De Roever Kröber en Bakels. 8. 23 blz.

Dippe, H., Ueber Tuberkulose. Schmidt's Jahrbb. CCLIV. p. 39.

Diskussion om Forslag til Lov om offentlige Foranstaltninger mod Tuberkulosen. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. 2. 3. Forh. S. 205. 225. 237. 273. 307; 4. 28. 54.

Dittmar, Frederick, and John Brownlee, The administrative treatment of undefined cases certified as scarlet fever. Lancet April 3.

Dobczynski, Das Diphtherieheilserum in d. kleinstädt. u. Landpraxis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. Beil.

Drasche, Die neue Pest-Aera. Wien. med. Wochenschr. XLVII. 11. 12. 14. 16.

Düring, E. von, Zur Pestfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7. 10.

Du Mesnil de Rochemont, Ueber d. *Gruber-Widal*'sche Serumdiagnostik bei Typhus abdominalis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Du Mesnil de Rochemont, Zur Frage d. Serumdiagnostik d. Abdominaltyphus. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

von Dungern, Die Bedeutung d. Mischinfektion b. Diphtherie. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 1. p. 104.

Ehrhardt, Alfred, Ueber d. Mischinfektion b. Lungentuberkulose. Inaug.-Diss. Königsberg i. Pr. Druck von M. Liedtke. 8. 66 S.

Eisenmann, F. T., Texas fever. Amer. Practit. and News XXIII. 2. p. 41. Jan.

Elsberg, C. A., The serum diagnosis of typhoid fever. New York med. Record LI. 15. p. 510. April.

Engel, C. S., Hämatolog. Beitrag zur Prognose d. Diphtherie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8. 9.

Engels, Walter, Ueber d. Verwendbarkeit d. Chrysoidins b. d. Choleradiagnose. Contr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 3.

Enquête officielle sur l'efficacité du sérum antidiphthéritique en Belgique. Presse méd. belge XLIX. 12.

Espin, T. E., The transparency of benes to x-rays in cases of tuberculous disease. Brit. med. Journ. March 27. p. 799.

Falkiner, Ninian, A clinical note on desquamation in enteric fever. Dubl. Journ. CIII. p. 101. Febr.

Ferrier, De la rate paludéenne. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 87. Janv.

Fibiger, Johannes, Om Bekämpelse af Difteriepidemier ved Isolation af Individner med Difteribaciller i Svälget. Hosp.-Tid. 4. R. V. 5. 6.

Filò, A., La leucocitosi nella infezione difterica con speciale riguardo alla sieroterapia. Sperimentale L. IV. p. 284.

Forestier, Un cas de farcin aigu (diagnostic clinique et bactériologique). Lyon méd. LXXXIV. p. 187. 200. Févr. 7.

Fraenkel, A., Ueber einige Complikationen u. Ausgänge d. Influenza. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15. 16.

Fraenkel, Eug., Zur *Widal*'schen Serumreaktion. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Fraenkel, C., Weitere Erfahrungen über d. Werth der *Widal*'schen Probe. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Frisk, Julius, Uusia tutkimuksia keuhkotuberkuloosin levenemisestä. [Neue Untersuchungen über d. Ausbreitung der Lungentuberkulose.] Duodecim XIII. 2. s. 39.

Fröhlich, J., Beitrag zur Pathologie d. Keuchhustens. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 53.

Fronz, E., Beitrag zur Lehre von d. Bronchialdrüsentuberkulose. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 1.

Gabrilowitsch, J., Ueber d. kaiserl. Sanatorien f. Lungenkranke zu Halila in Finland. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9.

Ganghofner, F., Die Serumbehandl. d. Diphtherie. [Zugleich 1. Heft d. I. Suppl.-Bandes d. Handbuchs d. speciellen Therapie innerer Krankheiten, herausgeg. von *F. Penzoldt* u. *R. Stintzing*.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 76 S. 2 Mk.

Ganghofner, Erfahrungen mit d. *Behring*'schen Diphtherieheilserum. Prag. med. Wchnschr. XXII. 12.

Gautier, L., Abcès de fixation dans 2 cas de fièvre typhoïde. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 3. p. 193. Mars.

Giovanelli, G., Contributo alla sieroterapia antitubercolare. Gazz. degli Osped. XVIII. 49.

Glogner, M., Neuere Untersuchungen über die Aetiologie u. d. klin. Verlauf d. Beri-Beri-Krankheit. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. I. 1. p. 46.

Goodner, Ralph A., Typhoid fever among the insane. Medicine III. 2. p. 94. Febr.

Gottstein, A., Zur Kritik d. Diphtherieserumbehandlung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7.

Gougat, A., et R. Fauquez, Rechûte de fièvre typhoïde au cinquième jour; côlotyphus. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 138. Janv.—Févr.

Greenleaf, Robert W., On the value of prompt co-operation with the municipal authorities for the prevention of the spread of diphtheria. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 228. March.

Grimm, F., Klin. Beobachtungen über Beri-Beri. Berlin. S. Karger. Gr. 8. VI u. 135 S. 4 Mk.

Gruber, Max, Beitrag zur Serumdiagnostik d. Typhus abdominalis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Grünbaum, Albert S., Vaccination against typhoid fever. Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 496.

Grünbaum, S., Ueber d. Gebrauch d. agglutinirenden Wirkung von menschl. Serum f. d. Diagnose d. Abdominaltyphus. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Guinon, Louis, et Henri Meunier, Fièvre typhoïde et tuberculose aiguë associées. Sérodiagnostic positive, contredit par l'autopsie et rétabli par les ensemencements cadavériques. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 181. Avril.

Hagenbach-Burckhardt, E., Zur Frage der sogen. Diphtherierecidive. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 6.

Hance, Irwin H., A further study of tuberculous infection of dust. New York med. Record LI. 7. p. 217. Febr.

Hauser, Achille, Contribution à l'étude étiologique de la fièvre typhoïde. Gaz. hebd. XLIV. 11.

Herman, A. C., The serum-therapy of diphtheria in private practice. Med. News LXX. 8. p. 242. Febr.

Hobhouse, G., Milk diet in typhoid. Brit. med. Journ. March 6. p. 626.

Höfling, Ernst, Ein Fall von Tetanus traumaticus, behandelt mit Antitoxin. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. Beil.

Huber, Meningococcus intracellularis im Spinalciter u. Nasensekret eines Falles von epidem. Genickstarre. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. Beil.

Jacoud, De la typhoïde sudorale. Semaine méd. XVII. 6.

Jacob, Richard, Ein in Heilung übergegangener, mit Antitoxin behandelter Fall von Tetanus. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. Beil.

Jacoby, Eugen, Die künstl. u. natürl. Hyperämie d. Lungenspitzen gegen Lungentuberkulose durch Thermotherapie u. Autotransfusion. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 8. 9.

Janowski, W., Zur Aetiologie der Dysenterie. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 3—7.

Janson, Carl, Infektionskällan vid ansigtsros. Hygiea LIX. 1. s. 117. — Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 62.

Jemma, Rocco, Febbre tifoidea tipo intermittente. Gazz. degli Osped. XVIII. 34.

Joy, J. Holmes, The association of diphtheria and scarlet fever. Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 458.

Jundell, J., Serumdiagnos af tyfoidfeber. Hygiea LIX. 3. Sv. läkaresällsk. förh. s. 2.

Kamen, Ludwig, Ein weiterer Fall von typhöser Meningitis. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Kaurin, Edv., En Stipendiereise til Täringsanstalter i Tyskland og Schweiz. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 2. S. 137.

Kelen, A., Beiträge zur Pathologie d. Meningitis cerebrospinalis epidemica. Ungar. med. Presse II. 9.

Kempf, J., On the treatment of malaria. Amer. Pract. and News XXIII. 3. p. 81. Febr.

Kennedy, D. S., Notes on a case of enteric fever ending fatally on the 53th. day with symptoms of acute meningitis (?). Brit. med. Journ. April 10. p. 915.

Klein, Alex., De pestbacil an de sero-therapie bij pest. Nederl. Weekbl. I. 15.

Klemm, Paul, Ein Fall von Kopftetanus; Tetanus mit Facialislähmung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 455.

Knopf, S. A., The hygienic, educational and symptomatic treatment of pulmonary tuberculosis, with a plea for sanatoriums for de poor. New York med. Record LI. 7. p. 222. Febr.

Knopf, S. A., The communication of tuberculosis

and special hospitals for pulmonary consumption. New York med. Record LI. 14. p. 502. April.

Kolle, W., Zur Serodiagnostik d. Typhus abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9.

Kulneff, N., Om lungtuberkulosees diagnos, prognos och behandling. Eira XXI. 1. 2.

Laveran, A., Du rôle de la rate dans le paludisme. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 7. p. 187. Févr. 16.

Leech, J. S., Malarial fever. Amer. Pract. and News XXIII. 2. p. 49. Jan.

Leonhardt, Max, Ueber das Vorkommen von Fleckfieber u. Recurrens in Breslau. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 1. p. 22.

Liebe, Georg, Eine deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung d. Tuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7.

Lindenthal, Otto Th., Ueber die sporad. Influenza. Wien. klin. Wchnschr. X. 15.

Lockwood, Charles E., A contribution to the study of amoebic dysentery. New York med. Record LI. 14. p. 475. April.

Loomis, Henry P., Treatment of typhoid fever at the New York hospital. Med. News LXX. 5. p. 145. Jan.

Lop, La variole et la vaccine à Marseille. Revue de Méd. XVII. 4. p. 293.

Lopez, Joseph H., The treatment of diphtheria with antitoxin. Med. News LXX. 6. p. 164. Febr.

Lowson, J. A., Some remarks on plague. Lancet Febr. 13.

Lubbers, A. E. H., Eenige gegevens omtrent Polaetoengan als herstellingsoord voor malarialijders. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 392. 1896.

Lucatello, La peste bubonica. Gazz. degli Osped. XVIII. 14. 16.

Luzzatto, A. M., Mischinfektion b. Tuberkulose d. höheren Alters. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 2.

Maberly, John, Dysentery and its treatment. Lancet Febr. 6. 13.

Mc Intire, Herbert B., Notes on actinomycosis. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 4. p. 84. Jan.

Mc Weeney, *Widals* method of typhoid diagnosis. Dubl. Journ. CIII. p. 162. Febr.

Maksutow, A., Ueber Immunisirung gegen Tuberkulose mittels Tuberkeltoxins. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Malenchini, F., Poche parole di replica alla risposta del Dr. *Palamidessi* sull'argomento della psittacosi. Sperimentale L. IV. p. 370.

Mangeot, Observation de fièvre typhoïde, d'origine ostréaire, suivie de mort. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 11. p. 317. Mars 16.

Marsack, Arthur, 2 consecutive cases of tetanus treated with tetanus antitoxin and chloral hydrate; recovery. Lancet April 17. p. 1089.

May, Ferdinand, Zur Tuberkulose-Statistik in Bayern. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

Melville, Charles H., Persistence of malarial crescents. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 521.

Millor, G. Victor, Case of scarlet fever with eye complications. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 393.

Minot, James J., A case of septicemia of obscure origin. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 230. March.

Moeller, Phthisiques riches et phthisiques pauvres. Presse méd. Belge XLIX. 5.

Möller, Wilhelm, Beiträge zur Statistik der Masernepidemien. Stuttgart 1896. Union deutsche Verlagsgesellsch. 8. 67 S.

Mollard, J., et Cl. Regaud, Lésions du myocarde dans l'intoxication aiguë par la toxine diphthérique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 2. p. 97. Févr.

Mouey, Angel, The feeding of typhoid patients. Brit. med. Journ. April 17. p. 1009.

Moore, John H., Chronic diphtheria. New York med. Record LI. 16. p. 564. April.

Murrell, William, A case of phthisis communicated from husband to wife. Lancet April 10.

Neumayor, Die Tuberkulose in d. Pfalz. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 4. p. 62.

Nielsen, H. A., Om Koleraens Forhold til Tysklands Floder og de i disse fundne Spiriller. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 12. 13.

Norton, Rupert, Is malaria a water-borne disease? Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 35. March.

van Oordt, Zur Serodiagnostik d. Typhus abdominalis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Oslar, William, The diagnosis of malarial fever. Med. News LXX. 10. p. 289. March.

Otis, Edward O., Are especial hospitals or homes for consumptives a source of danger to their neighbourhood? Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 13. p. 305. April.

Palamidessi, T., La peste bubonica. Settimana med. LI. 8—11.

Palamidessi, T., A proposito dei casi di psittacosi da me osservata. Sperimentale L. IV. p. 350.

Parreño, Profilaxia del cólera asiático. Gac. méd. de Costa Rica I. S. p. 244. 1896.

Peste bubonique et son traitement par le sérum antipesteux. Bull. de Thér. CXXXII. 4. p. 165. Févr. 28.

Petermann, P., Zur Diagnostik d. Abdominaltyphus mittels d. Blutserums u. d. *Widal*'schen Methode. Wratsch 3. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Petit, René, De la temperature après les injections de sérum antidiphthérique. Méd. infant. 5. p. 130.

Petri, Zum gegenwärtigen Stand der Pestfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6.

Pfuhl, E., Eine Vereinfachung d. Verfahrens zur Serumdiagnostik d. Typhus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 2.

Piffard, H. G., The tuberculosis question. New York med. Record LI. 14. p. 503. April.

Pitfield, R. L., Note on the local action of tetanus toxin; with a suggestion as to its therapeutic employment. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 145. March.

Playter, Edward, Deficient respiratory capacity the hereditary cause of pulmonary tuberculosis. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 243. March.

Pochon, G., Scarlatine à rechute. Revue d'Obstétr. X. p. 30. Janv.

Pope, Frank M., 4 cases of enteric fever treated with antitoxic serum. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Pospischill, Dionys, Streptokokkencroup der Trachea b. sept. Scharlach. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 2. p. 231.

Proudfoot, Frank G., Notes on a case of tetanus; administration of antitoxin; death. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 332.

Proust, La défense de l'Europe contre la peste. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 4. p. 71. Janv. 26.

Psittacose. Gaz. hebd. XLIV. 31.

Rem-Picci, G., u. V. Caccini, Die Chloride in d. akuten fieberhaften Krankheiten. Untersuchungen an Malariakranken. Moleschott's Untersuch. XVI. 3. p. 912.

Rémy, Ch., Morve chronique de l'homme. Arch. de Méd. expérim. IX. 2. p. 144. Mars.

Renard, Epidémie de fièvre typhoïde à Saint-Omer, origine hydrique démonstrée. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 118. Févr.

Robin, Albert, Thérapeutique générale des maladies infectieuses. Bull. de Thér. CXXXII. 2—5. p. 49. 106. 155. 208. Janv. 30., Févr. 15. 28., Mars 15.

Rocaz, Ch., Quelques particularités cliniques de la fièvre typhoïde chez les très jeunes enfants. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 2. p. 440. Mars.

Ross, Ronald, Observations on a condition necessary to the transformation of the malaria crescent. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Ronget, Quelqnes observations relatives ou diagnostic bactériologique de la diphthérie. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 254. Avril.

Ronx, Sur la pesto hubonique et sa sérothérapie. Gaz. des Hôp. 11.

Rumpf, E., Das Verhalten d. Zwerchfellphänomens b. Lungentuborkulose. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6.

Rumpf u. Bieling, Die Ergebnisse d. Diphtheriebehandlung mit *Behring*'schem Heilserum im neuen allgem. Krankenhause. Mitth. a. d. Hamh. Staatskrankenanst. I. 1. p. 20.

Salimbeni, Taurelli, Recherches sur l'immunité dans le choléra. Ann. de l'Inst. Pastour XI. 3. p. 277. Mars.

Scheffer, J. C. Th., De waarde der *Widal*'sche serumreactie als diagnosticum hij typhus abdominalis. Nederl. Weekhl. I. 12. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 11.

Schlemmor, G., La peste hubonique. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 3. 4. p. 260. 347. Mars, Avril.

Schultz, Zur Epidemiologie der epidem. Genickstarre. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Schwarz, Ign., Die indische Pest. Wien. klin. Rundschau XI. 8.

Seydel, Lungentuberkulose u. Trauma. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 113.

Sharman, J. Schutz, and D. d'Esterre, Extensive cutaneous emphysema complicating diphtheria. Lancet April 3. p. 953.

Siegert, Ueber die Bedeutung der *Widal*'schen Serumdiagnose f. d. Lehre vom Typhus abdominalis d. Kindesalters. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

Silherschmidt, Ueber nenere Methodeo der Cholera- u. Typhusdiagnose. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4. p. 111.

Silvestrini, Raffaello, e Cesare Baduel, Le iofezioni emorragiche nell'uomo. Policlinico IV. 2. p. 13.

Smee, A. H., Water-supplies and mortality from fever. Lancet March 13. p. 768.

Smith, Fred. J., Diet in typhoid fever. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 302.

Smith, F., Cholera in Penang (not water-borne). Lancet Jan. 30.

Smith, Greig; Harsant and Bush, 3 cases of actinomycosis. Lancet Jan. 30. p. 311.

Smith, J. Lewis, Results of 5 months treatment of diphtheria with antitoxin at the New York Foundling asylum. Med. News LXX. 10. p. 305. March.

Smyth, Arthur W., The bubonic plague. Amer. Pract. and News XXIII. 6. p. 201. March.

Solomon, Leon L., The hubonic plague. Amer. Pract. and News XXIII. 5. p. 171. March.

Spencer, W. G., A case of neglected typhoid fever; perforation and extravasation of faeces into the sac of a left inguinal hernia; death after rapid emaciation. Lancet April 10. p. 1023.

Squire, William, Return cases of scarlet fever. Lancet Fehr. 6.

Stammeshaus, F. W., Fehris intermittens perniciosa. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. hla. 390. 1896.

Steele, Ernest A. T., A case of typhoid fever treated with antityphoid serum; recovery. Brit. med. Journ. April 17.

Steinach, S., Ueher d. Bedeutung d. Verkehrs mit Baumwolle im Hinblick auf die Pestepidemie in Indien. Wien. klin. Wchnschr. X. 5.

Stern, Richard, Ueber Fehlerquellen d. Serodiagnostik. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 11. 12.

Stooltzner, W., Ein neuer Fall von epidem. Cerebrospinalmeningitis. Mit Nachweis d. Meningococcus intracellularis *Weichselbaum-Jaeger* in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Flüssigkeit. Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 16.

von Stoffella, Ueber Hydrotherapie bei Typhus. Fortschr. d. Hydrother. p. 29.

Surmont, H., La peste hubonique. Echo méd. I. 6.

Sydow, F. E. v., Variola eller varicellae? Dessa sjukdomars differentiela diagnos. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 101.

Szegö, Koloman, Der gegenwärtige Stand der Lehre von d. Vererhung d. Tuberkulose. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 328.

Taylor, John Madison, Epidemic iofluenza (catarrhal fever) in children. Philad. Policlin. VI. 8. p. 79. Febr.

Thomas, Jerome B., Serum diagnosis of typhoid fever. Med. News LXX. 14. p. 422. April.

Thornley, J. P., The treatment of typhoid fever at the Presbyterian Hospital, New York. Med. News LXX. 11. p. 333. March.

Thresh, John C., Ontbreak of typhoid fever traced to specific pollution of a water-supply. Lancet March 6. p. 687.

Tictin, J., Zur Lehre vom Rückfalltyphus. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 5.

Timaschow, S., Resultate der Serumbehandl. d. Diphtherie in d. Klinik f. Kinderkrankheiten an d. Universität Tomsk im Unterrichtsjahre 1895—96. Wratsch 5. — Petersh. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Tuberkulose s. III. *Carrière*, *Diamare*, *Frisk*, *Holmes*, *Letulle*, *Mc Weeney*, *Unna*. IV. 2. *Arnold*, *Askanazy*, *Bergey*, *Blumenfeld*, *Craig*, *Davis*, *Dippe*, *Diskussion*, *Ehrhardt*, *Espin*, *Frisk*, *Fronz*, *Gabrilowitsch*, *Giovanelli*, *Guinon*, *Hance*, *Jacoby*, *Knopf*, *Kulneff*, *Liebe*, *Luzzatto*, *Maksutow*, *May*, *Moeller*, *Murrell*, *Neumayer*, *Otis*, *Piffard*, *Playter*, *Rumpf*, *Seydel*, *Szegö*; 4. *Fontoynot*, *Levi*, *Moutard*; 5. *Combemale*, *Lombard*, *O'Zoux*; 6. *Hussenet*, *Vanverts*; 7. *Lapeyre*; 8. *Hollick*, *Jacobäus*, *Rembold*; 10. *Campana*. V. 1. *Gibney*, *Jansson*, *Riegner*; 2. a. *Dollinger*, *Sebileau*; 2. c. *Bier*, *Gabbi*, *Riche*, *Valenta*; 2. d. *Chabry*, *Potarca*, *Roberts*; 2. e. *Duplay*, *Holt*, *Küttner*, *Schilling*, *Tobin*, *Walther*. VI. *Feis*, *Schottlaender*. X. *Andrews*, *Aurand*, *Cheney*, *Grunert*, *Süsskind*. XI. *Goris*, *Liersch*, *Weissenstein*. XIII. 2. *Bramesfeld*, *Crook*, *Dubois*, *Frassi*, *Kjelgaard*, *Vaughan*. XIV. 1. *Egger*; 4. *Buchner*, *Koch*. XVIII. *Arndt*.

Turner, G. R., A case of tetanus treated with *Tizzonis* antitoxin; recovery. Lancet Fehr. 6.

Ucke, A., Ein Beitrag zur Epidemiologie d. Erysipels. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8. 9. 10.

Uhlenhuth, Beitrag zur Serumdiagnose h. Typhus ahdominalis. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 3. p. 111.

Vaccination against typhoid fever. Brit. med. Journ. Fehr. 27. p. 559.

Varuali, Ein Fall von Scharlach mit Diphtherie ohne Fieber (Typus Bartels). Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 358.

Verhruggo, R., La peste. Belg. méd. IV. 7. p. 201.

Vierordt, O., Zur Klinik d. Diphtherie u. d. diphtheroiden Anginen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 8.

Vliet, P. van, Een genezen geval van tetanus. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. hlz. 305. 1896.

Volpillac, J. Maurice, Les complications cardiaques de la grippe. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 1. p. 414. Janv.

Waters, Eaton W., The diagnosis of scarlet fever. Brit. med. Journ. April 3. p. 883.

Watjoff, S., Die Maassregeln gegen die Einschleppung d. Pest in Bulgarien. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 14.

Watson, Audrew, Iotubatioo and tracheotomy

in diphtheria. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 253. April.

Weill, Fièvre typhoïde; noma de la bouche. Lyon méd. LXXXIV. p. 561. Avril.

Weisbecker, Heilserum gegen Typhus, Scharlach, Pneumonie. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 188.

Weiss, M., Ein weiterer Beitrag zur Pathologie d. Morbus Weilii. Prag. med. Wchnschr. XXII. 14.

Wendling, Ein Fall von Tetanus, erfolgreich behandelt mittels Tetanustoxin-Injektion. Wien. klin. Wochenschr. X. 11.

West, Samuel, Remarks on the early feeding of typhoid patients. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Whitcomb, J. L. C., Treatment of typhoid fever. New York med. Record LI. 5. p. 152. Jan.

White, W. Hale, A case which at the autopsy showed evidence of recovery from a previous attack of meningitis. Brain LXXVI. p. 616.

Widal, Fernand, Zur Frage d. Serodiagnostik d. Abdominaltyphus. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8.

Wieland, Diphtherie nach Serumbehandlung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5.

Willoughby, Edward F.; Alvah H. Dotty and Walter Wyman, The plague, its germ and transmission, its treatment and prevention. Amer. Journ. of the med. Sc. CXIII. 3. p. 253. March.

Williams, D. Franklin, The diagnosis of scarlet fever. Brit. med. Journ. March 13. p. 689.

Woldert, Albert, The differential diagnosis of various forms of malarial fevers by microscopical examination of the blood. Med. News LXX. 7. p. 193. Febr.

Wright, A. E., Vaccination against typhoid fever. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 432.

Wright, A. E., and D. Semple, Remarks on vaccination against typhoid fever. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Wright, A. E., and F. Smith, On the application of the serum test to the differential diagnosis of typhoid and Malta fever. Lancet March 6.

Wright, A. E., and F. Smith, A note on the occurrence of Malta fever in India. Brit. med. Journ. April 10.

Yersin, Sur la peste bubonique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 81. Janv.

Yersin, Sur la peste bubonique. Essais de traitement par le sérum antipesteux. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 4. p. 91. Janv. 26. — Wien. med. Presse XXXVIII. 8.

Zabolotny, D., Le sérodiagnostic dans la fièvre typhoïde. Arch. russes de Pathol. etc. III. 1. p. 66.

Zdekauer, Ueber d. Bubonenpest in Bombay u. einige sanitäre Einrichtungen in Britisch-Ostindien. Prag. med. Wchnschr. XXII. 4.

Ziemke, E., Zur Serumdiagnose d. Typhus abdominalis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15.

Zuppinger, Unsere Erfahrungen in der Serumtherapie b. Diphtherie im J. 1896. Wien. klin. Wchnschr. X. 10.

S. a. III. *Mikroorganismen.* IV. 3. *Empyem; Pleuritis; Pneumonie;* 5. Boinet, Bonvin, Chauffard, Pridmore; 7. *Rheumatismus;* 8. Balduzzi, Bourqnoin, O'Neill, Remlinger, Steven; 10. Ekehorn. V. 1. Brewer, Schultén; 2. a. Guye, Newman; 2. c. Eude, Gairdner, Gangolphe, Monod, Peyrot. VII. Coombs, Cullen, Cullingworth, Cummins, Dobbin, Douglas, Dubrisay, Edmunds, Fraenkel, Gosse, Hönck, Hofmeier, Lycett, Mapleton, Rentoul, Schücking, Sharp, Torbensen. VIII. Labbé. IX. Kardamatis, McClaughry, Pasmanik. X. Heinersdorff. XI. Nicolle, Pakes. XII. Apolant. XIII. 2. Gingeot, Grocco, Naamé, Smith. XV. *Vaccination,* Tunstall. XX. Pagel.

3) *Krankheiten des Respirationsapparates (und des Mediastinum).*

Abbot, S. L., The stimulating treatment of pneumonia. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 37. Jan.

Amidon, Royal W., Bloodletting in pneumonia. Med. News LXX. 10. p. 292. March.

Archer, T. Launcelot, A case of foreign body in a bronchus. Lancet April 24. p. 1146.

Ardouin, P., Sarcome secondaire du poumon. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 57. Janv.

v. Basch, Der Nachweis d. Lungenschwellung u. d. Lungenstarrheit durch *Röntgen*-Strahlen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 5.

Bayeux et Andion, Adénopathie trachéo-bronchique; perforation de la bronche droite par un ganglion caséeux. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 150. Janv.—Févr.

Benda, C., Ueber d. primäre Carcinom d. Pleura. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. Beil.

Bernay, Pleurésie purulente. Lyon méd. LXXXIV. p. 235. Févr.

Bloch, A. M., Le pneumoscope. Arch. de Physiol. 5. S. IX. 1. p. 112.

Brügelmann, W., Weitere Forschungen über d. Wesen u. d. Behandl. d. Asthma. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 74.

Cornil et René Marie, Sur la pleurésie et la pneumonie traumatiques et sur la pneumonie aiguë fibrineuse de l'homme. Arch. de Méd. expérim. IX. 2. p. 185. Mars.

Da Costa, J. M., The treatment of pneumonia in children. Medicine III. 4. p. 266. April.

D'Alessandro, Felice, Su di un mezzo meccanico di cura per lo pneumotorace. Gazz. degli Osped. XVIII. 16.

Dessy, S., Ricerche batteriologiche in alcuni casi di bronchite acuta. Sperimentale L. IV. p. 325.

Dunin, Th., u. St. Nowaczek, Ueber Harnsäureausscheidung b. croupöser Pneumonie. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 1.

Ebereon, Over echinococcus der longen. Nederl. Weekbl. I. 9.

Faber, Kronisk Streptokokpneumoni. Förh. vid. Nord. Kongr. f. inv. Med. s. 59.

Fuchs, Theodor, Pleuritis pulsans. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 255.

Gilbert et Roger, Essai de stéthographie bilatérale. Revue de Méd. XVII. 1. p. 1.

Giraudeau, Du zona dans la pneumonie. Semaine méd. XVII. 15.

Goenner, A., Ueber Heufieber. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 8.

Guillemot, Louis, et Henri Herbet, Sclérose broncho-pulmonaire avec dilatation bronchique, ayant simulé un kyste hydatique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 925. Déc. 1896.

Hampeln, P., Ueber d. Auswurf b. Lungencarcinom. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 247.

Heath, A. Douglas, 3 cases of lobar pneumonia apparently due to infection. Brit. med. Journ. April 10.

Herbert, E., Pathogénie des pleurésies non purulentes. Gaz. hebd. XLIV. 11.

Kornig, V. M., Sur la diminution de la sonorité des sommets pulmonaires avec absence de toute altération pathologique de leur tissu. Arch. russes de Pathol. etc. III. 1. p. 61.

Klein, Traitement de la pneumonie infectieuse par les compresses froides. Bull. de Thér. CXXXII. 6. p. 270. Mars 30.

Knight, Frederick J., The treatment of bronchial asthma. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 12. p. 273. March.

Labbé, Marcel, Pneumonie; péricardite puru-

lente; hépatite diffuse; ictère; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 898. Déc. 1896.

Leclerc, Déplacement du coeur dans les épanchements pleuraux du côté gauche. Lyon méd. LXXXIV. p. 260. Févr.

Lorrain, Dilatation des bronches. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 230. Mars.

Mc Allister, J. C., Pneumonia. New York med. Record LI. 5. p. 158. Jan.

Martin, E. H., Fowl serum in pneumonia. New York med. Record LI. 12. p. 422. March.

Méry et Lorrain, Gangrène pleuro-pulmonaire consecutive à la rougeole. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 225. Mars.

Meunier, H., 10 cas de broncho-pneumonies infantiles dues au bacille de *Pfeiffer*. Arch. gén. p. 129. 288. Févr., Mars.

Meyer, Heinrich, Ueber weitere Fälle von metastat. Eiterungen nach Empyem im Kindesalter. Festschrift (Hagenbach) p. 223.

Nschod, Friedrich, Zur Casuistik d. akuten fibrinösen Bronchitis im Kindesalter. Prag. med. Wochenschr. XXII. 5. 6.

Page, R. C. M., Pleurisy, its diagnosis and treatment. Med. News LXX. 7. p. 198. Febr.

Pane, Nicola, Sull'efficacia curativa del siero antipneumonico preparato da diversi animali immunizzati. Rif. med. XIII. 79. 80. 81.

Reinert, Ueber d. Einfluss von Traumen auf d. Entstehung infektiöser Lungen-, Pleura- u. Herzkrankheiten. Mit besond. Berücksicht. d. Unfallbegutachtung. Stuttg. med. Abh. p. 46.

Senior, A. W., Treatment of bronchitis and pneumonia in children. Brit. med. Journ. April 3. p. 848.

Spurrell, C., A case of pneumonia treated with antipneumococcic serum. Brit. med. Journ. April 17. p. 973.

Staunes, J. A. M. T., Invloed van het weer op het ontstaan van lichte haemeptoës. Nederl. Weekbl. I. 14.

Thiroloix, Pneumonie due au bacille de *Friedlaender*. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 152. Janv.—Févr.

Weismayr, Alexander von, Zum Verlauf der croupösen Pneumonie. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 291.

Zagari, G., Diagnostic des tumeurs malignes primitives de la plèvre et du poumon. Arch. clin. de Bord. VI. 3. p. 140. Mars.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie*. III. Arnsperger, Auché, Claisse, Cornil, Eyre, Kohn, Letulle, Reinebotb, Storm. IV. 1. Zienicez; 2. *Lungentuberkulose*, Courmont, Fronz, Weichacker; 4. Chaillous, Lahhé, Luys, Moutard, Tecce; 5. Adami; 7. Edgar; 8. Androoli. V. 1. Silk; 2. a. Marmasse; 2. c. *Lungenchirurgie*, Basler, Luys. XIII. 2. Gingoot, Mc Gregor, Saenger, Söderherg. XIV. 1. Egger, 2. Laker, Schütze.

4) *Krankheiten des Cirkulationsapparates.*

Banti, G., L'endocardite diplococcica. Settimana med. LI. 7.

Bard, L., De la palpation large du coeur et des vibrations de fermêture des valvules auriculo-ventriculaires. Lyon méd. LXXXIV. p. 145. Janv. 31.

Boinet, Ed., et Villard, Anévrysme artérioso-veineux de la crosse de l'aorte et de la veine cave supérieure, diagnostiqué pendant la vie et vérifié à l'autopsie. Revue de Méd. XVII. 2. p. 151.

Borst, Max, Ueber Melanose des Perikardium. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 418.

Bramwell, Byrom, Remarks on a case of aortic aneurysm. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 505. May.

Brosler, Klinischer Beitrag zur Thrombenbildung in d. Vena cava inferior. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Brown, Geo. S., A case of pneumo-cardial rupture. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 71. p. 33. Febr.

Brunton, T. L., On endocarditis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 461. May.

Buherl, Leonhard, Zur Casuistik d. Ruptur von Aortenaneurysmen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 17.

Castaigne, J., Infarctus récent et très étendu du myocarde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 173. Janv.—Févr.

Chaillous, Maurice, Rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique dans la plèvre. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 212. Févr.—Mars.

Chiari, H., Thrombot. Verstopfung d. rechten u. embol. Verstopfung d. Hauptstammes d. linken Coronararterie d. Herzens b. einem 32jähr. Manne. Prag. med. Wchnschr. XXII. 6. 7.

Da Costa, J. M., The nervous symptome of pericarditis. Medicine III. 4. p. 268. April.

Dalchô, P., Rétrécissement mitral pur d'une artério-sclérause (chez une femme de 74 ans). Gaz. des Hôp. 32.

D'Anna, Enrico, Sulla contusione dei vasi sanguigni. Policlin. IV. 3. p. 62.

Drummond, David, On functional murmurs; a further contribution in illustration of the mimicry of organic heart disease. Lancet April 10.

Düme, Herzstörungen nach Contusionen d. Brustwand. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 309. 1896.

Dun, W. G., and Lindsay Steven, Case of congenital heart disease with late development of cyanosis. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 284. April.

Edgren, Om de akcidentela blåsljuden öfver hjärtat. Förh. vid. Nord. Kongr. f. inv. Med. s. 33.

Eghert, J. Hohart, Carditis interstitialis. Philad. Policlin. VI. 4. p. 34. Jan.

Etienne, G., Des anévrysmes dans leurs rapports avec la syphilis. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VIII. 1. p. 1.

Flaischlen, Lungenembolie nach Myomotomie. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 518.

Foutoynont, Tuberculose du myocarde. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. 5. p. 107. 200. Janv.—Mars.

Fox, A. E. W., A case of ulcerative endocarditis treated by antistreptococcic serum. Lancet Febr. 20. p. 520.

Fraenkel, A., Beiträge zur Pathologie u. Therapie d. Aortenaneurysmen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. 7.

Fraser, J. A., A case of rupture of the left ventricle. Brit. med. Journ. March 27. p. 783.

Futrau, M., Ein Fall von positivem centrifugalen Venenpuls ohne Tricuspidalinsufficienz. Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 6.

Galvagni, Ercole, Stenosi mitrale. Gazz. degli Osped. XVIII. 40.

Geigel, Richard, Ueber die Entstehung funktioneller Herzgeräusche. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 1896.

Geigel, Richard, Die Stauung b. einer Tricuspidalinsufficienz. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 9.

Gerhardt, C., Pulsus paradoxus einer Seite. Ungleiche Pulszahl d. Armarterien. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 14.

Groedel, Zur mechan.-gymnast. Behandlung d. chron. Kreislaufsstörungen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 13.

Groedel, T., Baths and gymnastics in arteriosclerosis. Lancet April 17.

Hauesen, Kl., Perkussionsforholdene vid Perikardit. Forh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 23.

Hare, H. A., Tricuspid regurgitation. Med. News XX. 16. p. 490. April.

Heidemann, M., Ueber perikardiale Obliterationen. Berl. klin. Wchnschr. XXXII. 5.

Heidemann, M., Ueber Folgezustände von perikardialen Obliterationen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6.

Heitler, Tricuspidalgeräusche; Lokalisation des systol. Mitralgeräusches. Wien. klin. Wchnschr. X. 7.

Herrick, James B., Tricuspid stenosis. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 11. p. 245. March.

Herringham, W. P., Concerning paroxysmal tachycardia. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 366. April.

Hirschfeld, F., Ueber d. Anwendung d. Muskelthätigkeit b. Herzkranken. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Israel-Rosenthal, Om Hjärtets Perkussionsforhold med särligt Hensyn til den afdämpede Perkussion. Nord. med. ark. N. F. VII. 1. Nr. 4.

Kaempffer, L., Ein Fall von Venenthrombose nach Anlegung eines ungefensterten Gipsverbands bei Unterschenkelfraktur. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Kahlden, C. v., Ueber Klappenhämatome d. Herzens. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 2. p. 288.

Kasem-Beck, Ueb. d. diagnost. Bedeutung d. präsystol. Geräusche an d. Herzspitze u. über einige Symptome d. Herzaneurysmen (Ventriculi sinistri). Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 6.

Kisch, E. Heinrich, Ueber eine bei Officieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5.

Kisch, E. Heinrich, Marienbad als Kurort für chron. Herzkrankheiten. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 3.

Klippel et Clore, Rétrécissement mitral pur chez l'homme. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 156. Janv.—Févr.

Köster, H., Om vänstra hjärtkammarens förhållande vid mitralfel. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 30.

Kraus, Carl, Zur Aetiologie u. Therapie gewisser Formen d. Arteriosklerose. Fortschr. d. Hydrother. p. 196.

Laache, Om hjärtats perkussion. Förh. vid. Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 22.

Labbé, Marcel, Symphyse du péricarde; hypertrophie du ventricule gauche; pleurésie diaphragmatique; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 246. Mars.

Leube, W. O. v., Bemerkungen zur Diagnose der systol. Herzgeräusche. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 7. 1896.

Levi, Charles, Symphyse tuberculeuse du péricarde; lésion du foie cardio-tuberculeux au début. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 114. Janv.

Lewy, Benno, Ueber d. Mechanismus d. Aorteninsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 379.

Litten, Fall von Blausucht. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 10. Beil.

Luys, Georges, Anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale; rupture dans la plèvre gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 37. Janv.

Lyet, C., et R. Petit, Anévrysme de la carotide interne consécutif à la scarlatine; guérison spontanée. Gaz. de Par. 14.

Maragliano, E., Endoarterite diffusa; ectasia aortica; melanodermia; melanosarcomi dei gangli linfatici, del fegato e del pancreas. Gazz. degli Osped. XVIII. 31.

Martin, Hypertrophie cardiaque confondue avec un anévrysme de l'aorte. Lyon méd. LXXXIV. p. 343. Mars.

Merklen, P., Asystolie et respiration de *Cheyne-Stokes*. Gaz. des Hôp. 23.

Mitchell, Alexander, The *Schott* treatment of chronic heart disease. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 392.

Moutard-Martin, R., Ectopie cardiaque pathologique consécutive à une pleurésie tuberculeuse. Gaz. des Hôp. 14.

Nammack, Charles E., Case of congenital affection of the heart in a woman 26 years old. New York med. Record LI. 16. p. 564. April.

Nascimbene, Mario, Di un caso di stenosi mitralica del Duroziez con communicazione anomala fra le due orecchiette all'infuori del foro di Botalli. Rif. med. XIII. 63.

Ogle, John W., On some cases of unusual and persistent slowness of pulse, presumably dependent upon interferrence with the intrinsic ganglia of the heart. Lancet Jan. 30.

O'Reilly, Halpin, Paroxysmal tachycardia. Amer. Pract. and News XXXIII. 4. p. 127. Febr.

Osler, William, Slow pulse and syncopal attacks. Lancet Febr. 27. p. 623.

Pasteau, Octave, Anévrysmes multiples des artères iliaques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 92. Janv.

Perkins, Jay, Air-embolism. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 7. 8. p. 154. 179. Febr.

Petersson, O. V., Om hjärtats perkussion. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 18.

Rabé, Myocardite chronique avec arythmie et souffle systolique piaulant; thrombose intra-cardiaque; embolie de l'artère réoale primitive droite; infarctus portant sur la presque totalité du rein. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 6. p. 236. Mars.

Ramond, F., et G. Bonnus, Compression du coeur par un abcès de congestion. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 21. Janv.

Reichel, Oskar, Zur Klinik d. Endocarditis rheumatica. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 15.

Ribbing, Kan man diagnostiskt urskilja hjärtfel, vållade af öfveransträngning och liknande sjukdomar, vållade af kronisk endokardit? Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 36.

Rioho, P., Anomalie de la crosse de l'aorte. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 221. Févr.—Mars.

Risdon, W. Elliot, The association of slow pulse and syncopal attacks. Lancet March 27. p. 878.

Robinson, Beverley, Advance in the treatment of chronic cardiac disease. New York med. Record LI. 11. s. 361. March.

Rolleston, H. D., and W. Lee Dickinson, Remarks upon virtual or relative mitral stenosis. Lancet March 6.

Rosenfeld, Ueber Verlagerung d. Herzens bei Trichterbrust. Stuttg. med. Abhandl. p. 115.

Rumpf, Ueber d. Behandlung der mit Gefässverkalkung einhergehenden Störungen der Herzthätigkeit. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13. 14.

Sauders, Gordon, Cardio-pulmonary murmurs. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 522. May.

Satterthwaite, Thomas E., Fluorography for determining the position, size and movements of the heart. New York med. Record LI. 15. p. 508. April.

Schmidt, O. L., Skiagraph of an aneurism. Medicine III. 4. p. 265. April.

Schott, Th., Ueber Veränderungen am Herzen durch Bad u. Gymnastik, nachgewiesen durch *Röntgen*-Strahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Shober, John B., A case of thoracic aneurism. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 173. Febr.

Solis-Cohen, Solomon, and Charlotte West, The Schott method of gymnastics of chronic disease of the heart. Philad. Policlin. VI. 10. p. 99. March.

Starling, Ernest H., On some points in the pathology of heart disease. Lancet Febr. 27; March 6. 13.

Stengel, Alfred, Gonorrhoeal endocarditis. Univers. med. Mag. IX. 6. p. 426. March.

Tecce, Pasquale, Contribuzione al significato dei rumori musicali nei vizi cardiaci ed alla patogenesi dell'angina di petto. Rif. med. XIII. 77.

Thiroloix, Péricardite suraiguë cloisonnée d'épanchement séreux et hémorrhagique; présence du strepto-

coque dans le liquide et les différents viscères. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 12. Janv.

Thorel, Endocarditis ulcerosa. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 15. p. 403.

Toupot et Cavasso, Rétrécissement mitral; mort subite; caillot organisé de l'oreillette gauche ayant bouché l'orifice mitral. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 211. Févr.—Mars.

Vehsemeyer, Ein Fall von congenitaler Dexiokardie, zugleich ein Beitrag zu der Verwerthung der *Röntgen*-Strahlen im Gebiete d. inneren Medicin. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Waher, A., et Deguy, La région mitro-aortique, étude anatemique et pathologique. Arch. de Méd. expérim. IX. 2. p. 235. Mars.

Weismayr, Alexaeder von, Insufficienz der Aortenklappen ohne Geräusch und Pseudoinsufficienz. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 29.

Woods, Rohert H., The influence on the action of the auricle of variations in its capacity. Brit. med. Journ. March 6. p. 627.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Haller, Jores, Lamy, Letulle, Rihhart. IV. 1. Zianiecz; 2. Ashton, Mollard, Volpillac; 3. Brügelmann, Lahhé, Reinert; 5. Daoloux, Faitout, Iaetin; 6. Rahé; 8. Ferrari, Kraus, Lahadie, Nonne. V. 1. Klemm, Remy; 2. a. Chipault, Newman, Rohson, Villard, Wolff; 2. c. Dandridge, Elliott, Ewald, Jones, Lennander, Meldon, Williams; 2. e. Annaquin, Hauston, Johnson, Mauolaire, Morris, Page, Roas, Sehileau, Tarazza. VI. Rainioko, Zamazai. VII. Delore, Duhrisay, Saars. X. Graefe, Olivor, Schaffels, Wadsworth. XIII. 2. Bottaaai, Bradhury, Burdon, Cardi, Lybeck, Möller; 3. Mackenrodt, Pal. XIV. 2. Dumatrey. XVIII. Vannerholm.

5) *Krankheiten des Digestionsapparates und der Milz.*

Adami, J. G., Upon a case of foaming liver (Schaumleber) with the development of gaseous hullae in various organs, due to the presence of the bacillus aërogenes capsulatus. Montreal med. Journ. Aug. 1896.

Adami, J. G., Notes upoe a case of multiple abscesses of the liver, associated with purulent hronchitis and interstitial pneumonia; abscesses in the spleen and pancreas. Montreal med. Journ. Aug. 1896.

Adler, I., Gallensteinerkrankungen ohne Ikterus. New Yorker med. Mos.-Schr. IX. 1. p. 8. Jan.

Angelesoo, Rétrécissement annulaire de l'extrémité inférieur du colon descendant d'origine cancéreuse simulant un rétrecissement cicatriciel. Os d'oiseau trouvé au niveau du rétrécissement. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 241. Mars.

Apert, E., Un nouveau cas d'ascite laiteuse non chyleuse. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 187. Fevr.—Mars.

Apolant, Eduard, Ueber d. gleichzeit. Vorkommen von Angina u. Perityphlitis. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 92.

Arohamhaud et Wainberg, Epithélioma primitif de la vésioule biliaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 911. Déc. 1896.

Aufrecht, E., Leberatrophie u. Lebercirrhose. [Sep.-Abdr. a. Real-Encyklopädie d. ges. Heilkde., herausgegeben von *Albert Eulenburg*.] 8. 50 S. mit 1 Farbendrucktafel.

Bahes, V., u. Nanu, Ein Fall von Myosarkom d. Düendarms. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 7.

Baooelli, G., Di nua cisti ematica della milza. Policlinioo IV. 6. p. 101.

Barhagallo, P., Sopra un caso di anguillulosi intestinale. Gazz. degli Osped. XVIII. 16.

Batigne, P., Elimination d'une portion d'intestin. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 154. Janv.—Févr.

Battla, William Henry, An undescribed symptom in peritonitis. Lancet March 27.

Baum, S., Ein Wort zur Hydrotherapie d. Verdauungsstörungen. Fortschr. d. Hydrother. p. 119.

Benham, F. Lucas, A case of mumps with cerebral symptoms and high temperature. Lancet Jan. 30.

Blano et Laray, Cancer primitif de la vésicule biliaire; propagation au foie, à l'épiploon et au colon; suppuration des noyaux néoplasiques. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 69. Janv.

Boinet, Ed., 3 cas de grands abcès du foie „nostras“ d'origine dysentérique. Revue de Méd. XVII. I. p. 57.

Bonadorff, Hj. von, Bidrag till frågan om operativ behandling vid recidiverande appendicit. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 1.

Bonvin, Charles Louis, Typhlite; pérityphlite; actinomycose; mort. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 3. p. 187. Mars.

Brandenharg, F., Chronischer Ikterus (mit lethalem Ausgang) b. 2 Geschwistern im Säuglingsalter. Festschrift (Hagenbach) p. 61.

Broca, Dilatation énorme du canal cholédoque. Gaz. hebd. XLIV. 24.

Brun, F., Péritonite à pneumocoques chez l'enfant. Méd. infant. 5. p. 140.

Buhre, B., Om mjölksyrereaktionens betydelse för diagnosen af magkräfta. Hygiea LIX. 1. s. 1.

Buxhaum, B., Zur Pathologie u. Therapie der Anämie h. Enteroptose. Fortschr. d. Hydrother. p. 233.

Carrière, G., Sur un cas de cancer de l'oesophage. Difficultés du diagnostic différentiel. Arch. clin. de Bord. VI. 1. p. 21. Janv.

Castaigne, J., Sur un cas de cirrhose de Laennec ayant évolué pendant 25 ans. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 94. Janv.

Chauffard, A., Valeur clinique de l'infection commo cause de lithiase hiliaire. Revue de Méd. XVII. 2. p. 81.

Claude, H., Calcification de la vésicule hiliaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 219. Févr.—Mars.

Comhemale, F., Sur les ulcérations tuberculeuses de la cavité huccale. Echo méd. I. 1.

Cornillon, J., Des rapports de la lithiase hiliaire avec les fonctions utérines. Progrès méd. 3. S. V. 17.

Couturier, Philihert, Etude anatomo-pathologique et clinique de l'obstruction calculeuse du cholédoque. Gaz. hebdom. XLIV. 15.

Cuohe, De la pancréatite ourlienne. Revue d'Obstétr. X. p. 74. Mars.

Czerny, Ad., Zur Kenntniss d. Gastroenteritis im Säugliegsalter. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 15.

Czygau, P., Zur Diagnostik d. Carcinoma duodeni. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 82.

Dauher, Schwefelwasserstoff im Magen. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 57.

Deoloux et Nattau-Larrier, Cancer du caeal thoracique dans un cas de carcinoma primitif de l'estomac. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 224. Févr.—Mars.

Delamare et Dascazals, Les diverticules de l'oesophage et du pharynx. Gaz. des Hôp. 18.

Delbet, P., Pathogénie et traitement de l'appendicite. Arch. gén. p. 321. Mars.

Dieulafoy, La lithiase intestinale et la gravelle de l'intestin. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 287. Mars 9.

Disoussion sur l'entéro-colite et l'appendicite. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 12—15. p. 337. 374. 402. 442. Mars 23. 30; Avril 6. 13.

Dufourt, De l'ictère dans la colique hépatique. Lyon méd. LXXXIV. p. 512. 552. Avril.

Dulbarg, Joseph, Spurious constipation. Brit. med. Journ. March 13. p. 653.

Dzierżawski, B. von, Frenula labiorum lateralia, ein Beitrag zur Anatomie d. Mundhöhle u. zur Pathogenese der Verschwärung dar Mundhöhlenschleimhaut. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 562.

Eames, W., Coin in the intestine for 64 days. Brit. med. Journ. April 24. p. 1040.

Einhorn, Max, Constipation and diarrhoea as sequelae of some gastric affections. New York med. Record LI. 9. p. 289. Febr.

Ekoborn, G., Ytterligare några fall of magkräfta med särskildt afseende på mjölksyrereaktion. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 5 och 6. s. 332.

Ewald, C. A., Ueber d. habituelle Obstipation u. ihre Behandlung. [Berl. Klin. Heft 105.] Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 28 S. 60 Pf.

Faitout, P., Cirrhose atrophique à marche aiguë; varices oesophagiennes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 58. Janv.

Faure, J. L., Le plissement de l'estomac. Gaz. des Hôp. 26.

Finzi, Giuseppe, Splenomegalia primitiva con epatite interstiziale flaccida. Rif. med. XIII. 22. 23.

Fontoynont, Cancers pharyngo-laryngé et stomacal concomitants. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 129. Janv.—Févr.

Fraenkel, Eugen, Ueber multiple narbige Dünndarmstrikturen. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 61.

Franken, Fr., Ein Fall von Verschlucken eines künstl. Gebisses. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Friteau, Edouard, Traitement de l'épulis. Gaz. de Par. 5.

Futterer, Gustav, Primary carcinoma of the gall-bladder. Medicine III. 3. p. 182. March.

Gabe, J. Bernard, The relief of thirst in malignant vomiting. Brit. med. Journ. April 3. p. 849.

Goggans, J. A., The diagnosis and treatment of acute intestinal obstruction. Med. News LXX. 15. p. 461. April.

Goldbaum, Josef, Beitrag zur Elektrotherapie b. Magenaffektionen. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 70.

Goldschmidt, Eduard, Ueber prakt. u. wissenschaftl. Methoden zur Bestimmung d. motor. Funktion d. menschl. Magens, nebst Angabe eines exakten u. einfachen Verfahrens zur Bestimmung d. Grösse d. flüssigen Mageninhaltes. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Graff, H., Zur Casuistik später Folgen verschluckter Fremdkörper. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 85.

Grassberger, R., Ein Fall von multipler Divertikelbildung d. Darmtraktes, complicirt mit pept. Geschwür am Pylorus. Wien. klin. Wchnschr. X. 6.

Griffin, Montagu L., A case of enormous enlargement of the spleen; complete recovery. Dubl. Journ. CIII. p. 310. April.

Guéniot, Paul, Note sur un tiraillement douloureux à distance dans le foie mobile. Gaz. des Hôp. 38.

Hérescu, P., et A. Claisse, Ulcère rond de l'estomac; perforation; péritonite suraiguë; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 32. Janv.

Hermary, A., Des hémorrhagies gastro-intestinales chez les nouveau-nés et de leur traitement. Gaz. hebd. XLIV. 21.

Heydenreich, L., Emphysem d. Leber. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Hotaling, A. S., A case of dilatation of the stomach. New York med. Record LI. 12. p. 422. March.

Jaffé, K., Ueber idiopathische Oesophaguserweiterungen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 15.

Iselin, Infection hépatique compliquant l'appendicite; pyléphlébite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 206. Févr.—Mars.

Kahlden, C. von, Ueber d. primäre Sarkom d. Leber. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XXI. 2. p. 264.

Kausch, W., Ueber Ikterus mit Neuritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 310.

Keller, Arthur, Zur Kenntniss d. Gastroenteritis im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 25.

Kelling, G., Ueber d. Fehlerquellen d. Magendurchleuchtung. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 87.

Kemke, Walther, Ueber einen tödtl. verlaufenen Fall von Myoma ventriculi. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 54.

Koziozkowsky, Eng. v., Beitrag zur Aetiologie d. Magenneurosen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 7.

Kuhn, Franz, Sondirungen am Magen, Pylorus u. Dünndarm d. Menschen. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 19.

Lardennois et Levrey, Péritonite généralisée due à un ulcère perforant du duodénum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 46. Janv.

Lépine, R., Appendicite perforée; péritonite; occlusion intestinale par flexion à angle aigu de l'intestin grêle, causée par le fausses membranes récentes. Lyon méd. LXXXIV. p. 228. Févr.

Levi, A., Della stomatite aftosa. Sperimentale L. IV. p. 255. 1896.

Lindemann, E., Demonstration von *Röntgen*-Bildern d. normalen u. erweiterten Magens. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Lombard, Tuberculose de l'intestin. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 121. Janv.

M'Ardle, Acute intestinal obstruction. Dubl. Journ. CXIII. p. 245. March.

Martius, F., Achylia gastrica, ihre Ursachen u. ihre Folgen. Mit einem anatom. Beitrage von *O. Lubarsch*. Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. Gr. 8. 170 S. mit 6 Abbild. im Text u. 1 lithogr. Tafel. 5 Mk.

Mathieu, Albert, La dyspepsie duodénale et son traitement. Gaz. des Hôp. 16.

Mauclaire, Appendicite perforante; collection purulente iliaque et pelvienne; péritonite hypothermique; mort; appendice presque complètement inclus dans la paroi postérieure du caecum par les néo-membranes. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 110. Janv.

Mauger, Adrien, Cirrhose atrophique chez une femme morte à 88 ans. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 268. Mars.

Mayer, Ch. von, Etude sur la pathogénie de l'appendicite à répétition. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 209. Avril.

Mendelson, W., Mucous colitis, a functional neurosis. New York med. Record LI. 5. p. 145. Jan.

Middleton, A case of a large faecal tumour. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 286. April.

Milian, G., Adénome du foie avec cirrhose pigmentaire; lithiase biliaire; carcinome de la parotide; épithélioma du poumon. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 256. Mars.

Mörner, Carl Th., Ein Fall von multiplen Darmsteinen b. Menschen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 522.

Morison, Rutherford, Appendicitis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. 5. p. 384. 496. April, May.

Mumford, J. G., Stercoral ulcer. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 6. p. 129. Febr.

Nicolas, Lithiase pancréatique. Gaz. hebdom. XLIV. 12.

Obraszow, W., Ueber Magenerweiterung. Wratsch 1. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Oefele, F. v., Die Pravazspritze b. d. Ausschlussdiagnose von Leberneoplasmen. Prag. med. Wchnschr. XXII. 15.

Oui, Les hémorrhagies gastro-intestinales des nouveau-nés. Revue d'Obstétr. X. p. 1. 33. Janv., Févr.

O'Zoux, De la tuberculose des glandes salivaires. Arch. clin. de Bord. VI. 1. p. 28. Janv.

Pasteau, Octave, Volumineux calcul du canal cholédoque. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 271. Mars.

Pitois, Ulcération intestinale par action de corps

étrangers. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 302. Avril.

Pridmore, W. G., Dysentery complicated with intussusception. Brit. med. Journ. April 17. p. 973.

Reclus, Paul, Entéro-colite et appendicite. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 11. p. 325. Mars 16.

Reid, St. George, A case of intestinal obstruction relieved by massage of the abdomen. Brit. med. Journ. April 17. p. 972.

Rendu, De la difficulté du diagnostic de l'appendicite chez les hystériques. Gaz. des Hôp. 40. 43.

Robin, A., Diagnostic et traitement de l'hématémèse. Semaine méd. XVII. 9.

Robson, A. W. Mayo, On diseases of the gall bladder and bile ducts. Brit. med. Journ. March 13. 20. 27.

Rosenbach, O., Die Emotionsdyspepsie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5.

Rosenheim, Th., Ueber motor. Insufficienz des Magens. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 11. 12.

Roux, Un cas de cancer primitif du foie avec péricholécystite calculeuse; perforation intestinale; hémostase hépatique. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. p. 114. Févr.

Rumpel, Th., Die klin. Diagnose d. spindelförm. Speiseröhrenerweiterung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 15. 16.

Schlesinger, Herm., Klinisches über Magentumoren nicht carcinomat. Natur (Magensarkom). Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 179.

Schmidt, Adolf, Ueber Schleim im Stuhlgang. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 260.

Schneider, Heinrich, Untersuchungen über d. Salzsäuresekretion u. Resorptionstüchtigkeit d. Magenschleimhaut h. d. verschied. Magenkrankheiten u. anderweit. Krankheitszuständen. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 1.

Somers, Lewis S., Merycism. New York med. Record LI. 16. p. 554. April.

Stephens, D. R. P., An undescribed symptom [in peritonitis]. Lancet April 10. p. 1052.

Sticker, Georg, Ein einfaches Verfahren, grössere Mengen vom Mundspeichel zu gewinnen. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 9.

Termet et Vanverts, De la prédominance des symptômes à gauche dans l'appendicite. Gaz. des Hôp. 28. 29. 31. 33.

Teurnier, De la périgastrite antérieure suppurée dans le cancer de l'estomac; rôle étiologique d'un ulcère précédant le cancer. Lyon méd. LXXXIV. p. 73. Janv. 17.

Veale, F. J. de Coverly, A case of multiple duodenal ulcers. Lancet April 10. p. 1022.

Vermorel, Lithiase biliaire; obstruction du canal cholédoque; angiocholite suppurée; rupture du canal hépatique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 909. Déc. 1896.

Weber, Leonard, Klin. Betrachtung d. Gallensteinkrankheiten vom Standpunkte der innern Medicin. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 1. p. 1. Jan.

Weil, Emile, et B. Frankel, Invagination intestinale produite par un diverticule de *Meckel*. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 918. Déc. 1896.

Wiohodzew, J., Die Borsham'sche Katharinenquelle h. d. Behandl. einiger Leberkrankheiten. Wratsch 5. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Widal et Meslay, Ulcère rond développé au cours d'une pyohémie à staphylocoques; de l'origine infectieuse de certains ulcères ronds perforants de l'estomac. Gaz. hebd. XLIV. 22.

Wilkinson, Robert, A case of acute intestinal obstruction from impacted gall stone; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 13.

Wolff, L., Hvilket värde har undersökningen af maginnehållet visat sig ega, speciellt för magsjukdomarnes diagnos och behandling. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. 8. 68.

Wright, J. W., Intestinal obstruction from faulty position of the vermiform appendix. New York med. Record LI. 12. p. 422. March.

S. a. I. Evans. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Aufrecht, Auvray, Beaussenat, Béoo, Brancard, Campacini, Carrière, Durham, Eberth, Gebhardt, Grandin, Korn, Ružička, Schmidt, Steiner, Szegö, Zadoc. IV. 1. Schuster; 2. Beatty, Ferrier, Laveran, Maberly, Spencer, Weiss; 3. Labbé; 4. Levi, Maragliano; 6. Vissmann; 8. De Buck, Fanser, Körner, Putnam, Strümpell; 9. Duncan, Eshner, Innes; 11. Bozzolo. V. 2. h. Loveland; 2. c. *Chirurgie d. Verdauungsorgane.* VI. Bröse. VII. Faure. VIII. Chrzanewski, Monti, Sonnenberger, Thiemich. X. Deuganoff. XIII. 2. Hegarth, Lanz; 3. Croutos, Dnjarier. XIV. 2. Auerbach; 4. Thieroelin. XVI. Steinbach.

6) *Krankheiten des Harnapparates, der Nebennieren und der männlichen Genitalien, ausschliesslich der Syphilis.*

Barrie, George, The clinical significance of renal casts. New York med. Record LII. 4. p. 111. Jan.

Bernhard, L., Ueber Schrumpfniere im Kindesalter. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. Beil.

Bovet et Huchard, Pyélo-néphrite infectieuse guérie par les injections sous-cutanées de solution saline de chlorure de sodium. Bull. de Thér. CXXXII. 2. p. 75. Janv. 30.

Da Coata, J. M., The treatment of acute Bright's disease. Medicine III. 4. p. 268. April.

De Giovanni, Achille, Intorno alla ematuria nevropatica con osservazioni sulla nefrite cronica. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 662.

Delétre, Gaston, et R. Raimondi, Cancer primitif du rein gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 112. Janv.

Galloway, W. C., A diagnosis of chronic Bright's disease by ophthalmoscopic examination. Journ. of eye, ear and throat Dis. II. 1. p. 16. Jan.

Guthrie, Leonard G., Chronic interstitial nephritis in childhood. Lancet Febr. 27., March 13.

Hellendall, H., Hereditäre Schrumpfniere im frühen Kindesalter. Arch. f. Kinderhkde. XXII. 1 u. 2. p. 61.

Husseuet, C., Tuberculose rénale (rein gauche), avec absence du rein droit. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 210. Mars.

Klemperer, G., Ueber Nierenblutungen bei gesunden Nieren. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9. 10. vgl. a. S. Beil.

Konijnenburg, J. van, Een geval van anurie. Nederl. Weekbl. I. 11.

Mabboux, Le traitement de la colique néphrétique. Lyon méd. LXXXIV. p. 401. 442. 475. Mars, Avril.

Mendelsohn, Martin, Zur internen Behandlung der Nierensteinkrankheit. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 14.

Myles, T., Pyonephrosis. Dubl. Journ. CIII. p. 152. Febr.

Nicolayson, Lydor, Ueber Bakteriurie h. Enuresis nocturna. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Pasteau, Octave, Ectopie rénale double avec pyélo-néphrite droite. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 213. Févr.—Mars.

Pasteau, Octave, Anomalie rénale et rein flottant. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 269. Mars.

Rahé, Mal de Bright; péricardite sèche intense; rein blanc granuleux; glomérulo-néphrite diffuse, avec transformation hyaline des bouquets vasculaires. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 117. Janv.

Rovsing, Thorkild, Pseudomembranös Pyelitis.

Hosp.-Tid. 4. R. V. 10. 11. — Monatsber. über Krankh. d. Harn- u. Sexualapparats II. 1. p. 1.

Sacerdotti, C., Nochmals zur Frage d. compensator. Hypertrophie d. Nieren. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 569.

Stammeshaus, F. W., Paranephritisch abscess. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 387. 1896.

Sudeck, Paul, Ueber primäre, durch Ureter- u. Nierenbeckenstrikturen bedingte Hydronephrosen. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 96.

Tirard, Nestor, On the diuretic treatment of renal dropsy. Brit. med. Journ. March 20.

Vanverts, J., Tuberculose du rein gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 244. Mars.

Vissmann, William, Relation of disturbances of the alimentary tract to kidney diseases. Med. News LXX. 4. p. 97. Jan.

Warthin, Alfred Scott, Fibro-lipoma of the kidney. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 404.

S. a. I. *Harnuntersuchung.* II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Duncan, Glantenay, Langlois, Roger. IV. 4. Rabé; S. Guisy, Habel, Lefas. V. 2. b. Ribet; 2. c. Mantovano; 2. d. *Chirurgie d. Harn- u. Geschlechtsorgane.* VI. Rose. XIII. 2. Beckert, Cardi, Hellin, Laitinen, Myszynska. XIV. 4. Jaboulay.

7) *Krankheiten der Bewegungsorgane.*

Alexander, Wm., Rheumatism with hyperpyrexia. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 331.

Anvray, Kyste synovial développé dans l'épaisseur du muscle sous-épineux et de son tendon d'insertion humérale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 86. Janv.

Brück, Maximilian, Ueber Myositis scarlatinosa. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 348.

Burzio, Francesco, Contributo sperimentale allo studio della patologia del tessuto muscolare. Rif. med. XIII. 28.

Chavannaz, Lipome du tenseur du fascia lata. Arch. clin. de Bord. VI. 1. p. 37. Janv.

Destot et Barjon, Etude du rhumatisme chronique déformant par les rayons de *Roentgen.* Lyon méd. LXXXIV. p. 344. Mars.

Edgar, John, Notes on a case of hypertrophic pulmonary osteo-arthropathy. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 81. Febr.

Finley, F. G., Chronic poly-arthritis in a child. Montreal med. Journ. Aug. 1896.

Gangolphe, Psoïte par traumatisme direct. Lyon méd. LXXXIV. p. 125. Janv. 24.

Kader, Bronislaus, Das Caput obstipum musculare. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 173.

Lapeyre, L., et Labbé, Fibrome tuberculeux d'une gaine synoviale digitale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 904. Déc. 1896.

Lecoeur, A., Kyste hydatique suppuré du grand pectoral. Gaz. des Hôp. 12.

Morestin, H., Kyste hydatique du biceps. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 123. Janv.

Podzahradsky, Ueber d. Behandlung d. chron. Gelenk- u. Muskelrheumatismus. Fortschr. d. Hydrother. p. 165.

Pont, Torticollis chronique postérieur. Lyon méd. LXXXIV. p. 202. Févr. 7.

Prothon, Torticollis spasmodique. Lyon méd. LXXXIV. p. 96. Janv. 17.

Risse, H., Polymyositis acuta u. akuter Gelenkrheumatismus. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15.

Steiner, Ferdinand, Eine bisher kaum beachtete Complikation d. Gelenkrheumatismus. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 237.

Utschick, Josef, Die Berechtigung d. hydriat. Behandlung d. akuten Gelenkrheumatismus. Fortschr. d. Hydrother. p. 176.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Duplant, Regnault, Schujeninoff, Sulzer. IV. 4. Reichel; 8. *Muskelatrophie;* 9. Faer. V. 1. Angelini, Chipault, Gibney, Goldthwait; 2. e. König, Labbé, Walz. XIII. 2. Armstrong, Mühlbauer, Philpots.

8) *Krankheiten des Nervensystems.*

Achard, Ch., et Sonpault, Tremblement héréditaire et tremblement sénile. Gaz. hebd. XLIV. 32.

Adam, A., Ein Fall von traumat. Hämorrhagie des Gehirns. Festschr. (Hagenbach) p. 213.

Allan, C. M., A case of complete aphemia of 9 week's duration; sudden recovery through an accident. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Andreoli, I., e S. Sapigni, Nevrite multipla da polmonite. Gazz. degli Osped. XVIII. 46.

Argétoyano, C. J., Des névrites sulfocarbonées. Gaz. hebd. XLIV. 17.

Astié, Charles, Le thorax en bateau de la syringomyélie. Paris. Impr. de la Cour d'appel. 8. 61 pp.

Bailey, Pearce, Simulation of nervous disorders following accidents. Railway surgeon Febr. 9.

Balduzzi, Attilio, Un caso di sclerosi multipla da malaria. Gazz. degli Osped. XVIII. 13.

Bálint, Rudolf, Beiträge zur Pathogenesis der Muskelatrophie nach Hemiplegia cerebralis. Ungar. med. Presse II. 12.

Barr, Martin W., Some studies in heredity. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 155. March.

Bastian, H. Charlton, On some problems in connexion with aphasia and other speech defects. Lancet April 3. 10. 24. — Brit. med. Journ. April 3. 10. 24.

Bayle, Pachyméningite aiguë. Lyon méd. LXXXIV. p. 1416. Mars.

Benda, 2 Fälle von Cholesteatom d. Gehirns. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 8. p. 167.

Benda, Th., Zur Parästhesie d. Hautnerven am Oberschenkel. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6.

Benedikt, M., Ueber die verschied. Arten von Beschäftigungsneurosen u. ihre Mechanik. Wien. med. Presse XXXVIII. 9.

Benedikt, Moriz, Zur Pathologie d. Paraplegia spastica infantilis (Doppelseit. Gliederstarre der Kinder). Wien. med. Presse XXXVIII. 17.

Bernhardt, M., Beitrag zur Lehre von d. einseit., isolirten (angeborenen?) Gesichtsmuskelschwund. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 7.

Bignami, Amico, Contributo alla conoscenza delle paralisi dei lavoranti nei cassoni ad aria compressa. Policlinico IV. 8. p. 164.

Bitot, E., et J. Sabrazès, Note sur le retour de la sensibilité testiculaire dans le „tabes". Revue de Méd. XVII. 2. p. 156.

Black, D. Campbell, The treatment of epilepsy. Brit. med. Journ. March 6. p. 625.

Blessig, E., Ein Beitrag zur top. Diagnose der Gehirnerkrankungen auf Grund von Augenstörungen. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 15.

Bleuler, Nervenschwäche u. Alkohol. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinksitten VII. 4.

Boenninghaus, Georg, Die Meningitis serosa acuta. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VIII u. 99 S. 2 Mk. 80 Pf.

Bok, Die Aphasie u. ihre Behandl. durch d. Sprachunterricht. Stuttg. med. Abhandl. p. 181.

Bounus, Gaston, Maladie de Friedreich à début tardif. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 18. Janv.

Booth, J. Arthur, Hysterical amblyopia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 172. March.

Bordoni, Luigi, Sull'epilessia emicranica. Policlinico IV. 6. p. 125.

Borst, Max, Zur patholog. Anatomie u. Pathogenese d. multiplen Sklerose d. Gehirns u. Rückenmarks. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXI. 2. p. 308.

Bournoville, Sclérose cérébrale hémisphérique; idiotie; hémiplégie droite et épilepsie consécutives. Arch. de Neurol. 3. S. III. 15. p. 186. Mars.

Bourneville et Mettetal, Méningo-encéphalite chronique ou idiotie méningo-encéphalique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 929. Déc. 1896. — Progrès méd. 3. S. V. 8. 1897.

Bourquin, E., et F. de Quervain, Sur les complications cérébrales de l'actinomycose. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 3. p. 145. Mars.

Bramwall, Byrom, Illustrative cases of aphasia. Lancet March 20. 27., April 3. 10. 17. 24.

Bramwell, J. Milne, On the evolution of hypnotic theory. Brain LXXVI. 4. p. 459.

Brannan, J. Winters, Encephalitis following sun-stroke. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 173. March.

Braner, L., Letal endende Polyneuritis h. einem mit Quecksilber behandelten Syphilitischen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13. 14.

Brissaud, E., Contre le traitement chirurgical du torticolis mental. Revue neurol. V. 2. p. 34. Janv.

Brissaud, E., et E. Lantzenberg, Le syndrome bulbaire d'*Erb*. Arch. gén. p. 257. Mars.

Brissaud, E., et E. de Massary, Diagnostic d'une tumeur cérébrale sans localisation possible. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 2. p. 73. Mars et Avril.

Bruns, L., Hysterie im Kindesalter. [Samml. zwangloser Abhandl. a. d. Gebiete d. Nerven- u. Geisteskrankh., herausgeg. von *Konrad Alt*. I. 5 u. 6.] Halle. Carl Marhold. 8. 8t S. 2 Mk.

Buschan, G., Bibliograph. Semesterbericht d. Erscheinungen auf d. Gebiete d. Neurologie u. Psychiatrie. II. Jahrg. 1896. 1. Hälfte. Jena 1896. Gustav Fischer. Gr. 8. 156 S. 4 Mk.

Buxbaum, B., Zur Behandl. d. Hemikranie. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 2.

Campbelly, Harry, Should epileptics marry? Lancet March 27. p. 9t4.

Castaigne, Tubercule volumineux développé en pleine substance cérébrale et occupant surtout la région des noyaux gris de l'hémisphère droit. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 96. Janv.

Ceni, Carlo, Ueber d. Pathogenese d. Bleilähmung. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 566.

Ceetan, R., Aphasie sensorielle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 124. Janv.

Charteris, M., Notes on the treatment of seasickness. Lancet April 24.

Chipault, A., L'apophysalgie pottique. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 2. p. 123. Mars et Avril.

Cholmogoroff, S. S., Ueber d. Einfl. d. Schwangerschaft auf d. Morbus Basedewii. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 313.

Claisse, Paul, et Charles Lévi, Etude histologique d'un cas d'hydrocéphalie interne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 264. Mars.

Clark, L. Pierce, Mental automatism in epilepsy. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 29. Jan.

Clarke, J. Mitchell, 2 cases in which the signs of the presence of an intracranial tumour were followed by recovery. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Collet, Nouvelle observation de troubles laryngés dans un cas probable de sclérose en plaques. Lyon méd. LXXXIV. p. 126. Janv. 24.

Cramer, Einseit. hyster. Erblindung nach unbedeutender Verletzung. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 9. p. 262. 1896.

Crocq fils, Sensibilität u. Intellekt in d. Hypnose. Wien. klin. Rundschau XI. 1 t. 12.

Crocq fils, Les tremblements. Belg. méd. IV. 14. p. 417.

Cuylits, Pathogénie de la paralysie agitante. Presse méd. Belge XLIX. 16.

De Buck, D., Hématémèse hystérique. Belg. méd. IV. 10. p. 289.

Dejerine, J., et Ch. Mirallié, Un cas de névrite systématisée motrice avec anasarca. Revue de Méd. XVII. I. p. 50.

Dalamare, G., Troubles trophiques des ongles au cours de l'hystérie et de la maladie de *Raynaud*. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 6. p. 370. Nov.—Déc. 1896.

Demicheri, L., A propos d'un cas de syphilis cérébrale avec complications oculaires. Ann. d'Oculist. CXVII. 2. p. 104. Févr.

Doroum, F. X., An application of the theory of the movement of the neuron to normal and pathological mental and nervous processes. Univers. med. Mag. IX. 7. p. 479. April. — Philad. Policlin. VI. 14. 15. p. 139. 151. April.

Deventer, J. B. van, Een geval van multipele sklerose (?) met blindheid op beide oogen. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 331. 1896.

Djelalian, Krikor, Contribution à l'étude d'arthropathie tabétique. Thèse de Par. Paris 1896. Ollier-Henry. 8. 77 pp.

Donkin, H. B., The peripheral origin of some spinal cord affections. Lancet April 24. p. 1174.

Drewitt, Dawtrey, A case of purulent cerebrospinal meningitis; diagnosis by means of lumbal puncture; necropsy. Lancet Febr. 13. p. 444.

Drouineau, A., Observation d'un cas d'hémiplégie diabétique. Gaz. des Hôp. 41.

Drouineau, A., Hémiplégies diabétiques. Gaz. des Hôp. 45.

Egger, F., Beitrag zur Lehre von d. progressiven neuralen Muskelatrophie. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 400.

Eichhorst, a) Acromegalio. — b) Syringomyelia cervicalis u. bulbaris. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3. p. 78. 79.

Emerson, J. B., Case of double optic neuritis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 598.

Eshner, Augustus A., 5 cases of locomotor ataxia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 163. March.

Eurich, F. W., 2 cases of intracranial tumour. Lancet Febr. 20.

Fanser, Ein Fall von Tabes dorsalis mit alternirenden Erscheinungen von gastr. Krisen u. lancinirenden Schmerzen, nebst allgem. Bemerkungen über krisenähnl. Erscheinungen im Verlaufe chron. Erkrankungen. Stuttg. med. Abhandl. p. 143.

Favero, E., Eredità nevropatica. Gazz. degli Osped. XVIII. 34.

Felix, J. H., Dermato-myositis acuta. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 381. 1896.

Féré, Charles, Die Epilepsie. Autoris. Uebersetzung von *Paul Ebers*. Mit einem Vorworte von *F. Tuczek*. Leipzig. Wilh. Engelmann. Gr. 8. VI u. 601 S. mit 65 Figg. im Text u. 1 Tafel. 11 Mk.

Féré, Ch., Asystolie post-épileptique. Revue de Neurol. V. 6. p. 153. Mars.

Ferrari, Carlo, Il cardiogrammo nel morbo di Basedow. Gazz. degli Osped. XVIII. 25.

Festenberg, Ein Fall von schwerer Chorea während d. Schwangerschaft mit Uebergang in Manie; Heilung durch künstl. Frühgeburt. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 13.

von Fetzer, Meningitis, Gehirnabscess, Gehirntumor? Stuttg. med. Abhandl. p. 300.

Fieux, De la pathogénie des paralysies brachiales chez le nouveau-né. Echo méd. I. 6.

Finley, F. G., 2 cases of early atrophy of muscles in cerebral disease. Montreal med. Journ. Sept. 1896.

Fischer, Georg, Ueber elektromotor. Allochirie. Stuttg. med. Abhandl. p. 152.

Fischl, Rudolf, Tetanie, Laryngospasmus u. ihre

Bezieh. zu Rhachitis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. 14.

Flatau, Edward, Periphor. Facialislähmung mit retrograder Nervendegeneration. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 3 u. 4. p. 280.

Fleming, R. A., The effect of ascending degeneration on the nerve cells of the ganglia. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 279. March.

Folkes, H. M., Hypnosis in naupathia. New York med. Record LI. 14. p. 502. April.

Forestier, Un cas de pachyméningite cervicale hypertrophique en observation depuis 7 ans. Lyon méd. LXXXIV. p. 109. Janv. 24.

Fraenkel, A., Ein Fall von Polyneuritis mit multiplen schwielenartigen Granulationsgeschwülsten d. Haut. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Frankl-Hochwart, L. von, Die nervösen Erkrankungen d. Geschmacks u. Geruchs, d. Tetanie. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Nothnagel* XI. II. 4.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. IV u. 207 S. 5 Mk. 20 Pf.

Fraser, Purulent meningitis with cerebellar abscess. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 290. April.

Freud, Sigm., Die infantile Cerebrallähmung. [Spec. Pathol. u. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel*. IX. Bd. I. Theil. 2. Abth.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. 327 S. 8 Mk.

Fürstner, Zur Symptomatologie d. chron. Unfallerkrankungen des Centralnervensystems u. über d. Beziehungen d. letzteren zur Unfallgesetzgebung. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 330. 1896.

Gangitano, Ferdinando, Contributo allo studio delle encefaliti. Policlinico IV. 8. p. 153.

Gasne, G., Localisations spinales de la syphilis héréditaire. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 6. p. 358. Nov.—Déc. 1896.

Gasne, Georges, 2 cas de paraplégie spasmodique infantile. Gaz. hebd. XLIV. 29.

Gehuchten, A. van, Maladie de Little et rigidité spasmodique spinale des enfants nés à terme. Revue neurol. V. 3. p. 65. Févr. — Belg. méd. IV. 8. p. 237.

Gibson, G. A., and W. Aldren Turner, Paralysis of one third nerve from haemorrhagic neuritis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 508. May.

Giuranna, Morbo di Basedow. Gazz. degli Osped. XVIII. 41.

Goldscheider, A., Diagnostik d. Krankheiten d. Nervensystems. Eine Anleitung zur Untersuchung Nervenkranker. 2. Aufl. Berlin. Fischer's med. Buchh. Gr. 8. VII u. 262 S. mit 52 Abbild. im Text. 7 Mk.

Graanboom, J., Een geval van traumatische porencephalie. Nederl. Weekbl. I. 15.

Graefe, A., Ein Fall von linkseit. Gesichtsfelddefekt d. rechten Auges. Mit einem Zusatz von *A. Eulenburg*. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Grandmaison, F. de, Les méningitis cérébrales hémorrhagiques. Gaz. des Hôp. 30.

Grósz, Emil von, Pathogenese u. Bedeutung der im Gefolge von Hirntumoren auftretenden Papillitis. Ungar. med. Presse II. 8.

Grósz, Julius, Ein Fall von angeb. cerebraler Diplegie bei einem aus extrauteriner Schwangerschaft stammenden Säuglinge. Arch. f. Kinderhkde. XXII. 1 u. 2. p. 1.

Guisy, Barthélemy, 2 cas de névralgies rénales idiopathiques provoquées par une contraction énergique des urètères chez 2 personnes hystériques. Progrès méd. 3. S. V. 17.

Hahel, A., Tabes dorsalis u. Wanderniere. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 7.

Hackney, A. Clifford, A case of disseminated sclerosis. Brit. med. Journ. March 6. p. 586.

Hansen, Sören, Om Antallet af Epileptikere i Danmark. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 16.

Heilbronner, Karl, Ueber Asymbolie. [Psychiatr. Abhandl., herausgeg. von *Carl Wernicke* 3 u. 4.] Breslau. Schletter'sche Buchh. 8. 60 S. 2 Mk.

Heinersdorff, H., Centrale beiderseit. Amaurose in Folge von metastat. Abscessen in beiden Occipitallappen ohne sonstige Herdsymptome. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15.

Heldenbergh, C., Un cas de tabes dorsalis à évolution insolite. Belg. méd. IV. 11. p. 321.

Hermanides, S. R., Syphilis u. Tabes. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 102.

Herter, C. A., The pathology and treatment of migraine. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 2. p. 112. Febr.

Herz, Max, Ein Fall von Chorea senilis. Wien. med. Presse XXVIII. 12.

Higier, H., Paroxysmal auftretende Lähmung epilept. Natur. Beitrag zur Theorie d. postparoxysmalen Paralysen bei partieller Epilepsie u. zur Semiotik ihrer motorischen Aequivalente. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 4.

Hirsch, Syringomyelia with peculiar sensory symptoms. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 173. March.

Hitzig, E., Ueber einen durch Strabismus u. andere Augensymptome ausgezeichneten Fall von Hysterie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 7.

Hobhouse, E., Mechanical irritation of spectacles a possible cause of facial contortion in children. Lancet March 20. p. 841.

Hoche, A., Zur Pathologie der bulbär-spinalen spastisch-atroph. Lähmungen. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6.

Holliok, J. G., Acute tonsillo-glossitis followed by tuberculous meningitis simulating hysteria. Brit. med. Journ. April 10. p. 912.

Holsti, H., Om nevrastenin och dess förekomst i do nordiska länderna, dess yttringar och orsaker. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 42.

Holz, Ueber einen Fall von Rückenmarkstuberkel b. Kinde. Stuttg. med. Abhandl. p. 8.

Homén, Fall af bulbärlesion med korsad förlamning af öfre och nedre extremiteterna. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 189.

Huismans, L., Ein Fall von Syringomyelie nach Trauma. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Jackson, Henry, Insolation. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 5. p. 101. Febr.

Jacobäus, H., Bidrag til Läeren om tuberkulös meningitis spinalis og akut leucomyelitis. Nord. med. ark. N. F. VI. 6. Nr. 27.

Jendrássik, Ernst, Ueber Paralysis spastica u. über d. vererbten Nervenkrankheiten im Allgemeinen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 158. — Ungar. med. Presse II. 6.

Johannessen, Axel, Lokal Asfyksi kombineret med Funktionsforstyrrelser fra Hjernens Side. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. S. 1.

Jolly, F., Ueber Unfallverletzung u. Muskelatrophie nebst Bemerkungen über d. Unfallgesetzgebung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12.

Josias, Albert, et Jean Ch. Roux, Contribution à l'étude de la pseudo-méningocèle traumatique. Revue de Méd. XVII. 4. p. 233.

Kahlden, C. von, Bemerkungen zu meiner Mittheilung: „über multiple wahre Neurome d. Rückenmarks“. Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. XXI. 2. p. 373.

Kalischer, S., Ueber Amyotrophien bei Tabes, Paralyse u. Hinterstrangserkrankungen. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 2. p. 168.

Kaufmann, Daniel, Ueber einen Fall von gleichseitiger, akut aufgetretener Erkrankung d. Acusticus, Facialis u. Trigeminus. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 125.

Ketch, Samuel, The orthopedic treatment of spastic paralysis in children. Med. News LXX. 18. p. 385. March.

Kithogue, Mirror speech. Lancet Febr. 27. p. 626.

Klein, Th., Ueber d. Seekrankheit. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Kljatschkin, G., Ein Fall von periodisch recidivirender Oculomotoriuslähmung. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5.

Klippel, Des troubles du goût et de l'odorat dans le tabes. Arch. de Neurol. 2. S. III. p. 257.

Keauer, Ueber Hemicrania ophthalmica (Migraine ophthalmique, Augenmigräne). Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VIII. p. 121. März.

Koenig, W., Ueber d. „Formes frustes" d. Hemispasmus glosso-labialis. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 381.

Körner, O., Bemerkungen über Neuralgia tympanica im Anschluss an d. Mittheilungen eines Falles von Zungenabscess. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 133.

Köster, Georg, Ein Beitrag zur Kenntniss der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 6.

Köster, Georg, Ueber Entbindungslähmungen. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 257.

Kompe, Zur Beurtheilung d. Convulsionen nach Wiederbelebung Erhängter. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 7.

Krafft-Ebing, R. von, Ueber d. Krankenpflege d. Neurastheniker. Ztschr. f. Kraekenpfl. XIX. 3. 4. p. 49. 79.

Kratter, J., u. L. Böhmig, Ein freier Gehirncysticercus als Ursache plötzl. Todes. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXI. 1. p. 25.

Kraus, Emil, Akute Arteriitis staphylomycotica der Art. fossae Sylvii sin. mit consekutiver Meningitis suppurativa. Prag. med. Wchnschr. XXII. 12.

Krewer, L., Zur patholog. Anatomie u. Aetiologie d. akuten aufsteigenden Spinalparalyse (Landry). Ztschr. f. klin. Med. XXXII. 1 u. 2. p. 115.

Krogius, Svår lingvalneuralgi. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 186.

Lahadie-Lagrave et E. Boix, Diplégie faciale totale d'origine artérielle. Arch. gén. p. 444. Avril.

Lannois, Aphasie sensorielle par cécité verbale sans surdité verbale. Lyon méd. LXXXIV. p. 486. Avril.

Lapersonne, F. de, Paralysies traumatiques des muscles de l'oeil. Echo méd. I. 2.

Leehner, C. S., Ein Fall von angeb. einseitiger Abduktionsunfähigkeit d. Auges. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 81. März.

Loeson, J. R., 2 cases of paraplegia after parturition. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 411. April.

Lefas, Méniegite chronique; dégénérescence des capsules surrénales avec absence de pigmentation. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 915. Déc. 1896.

Lenoble, E., et A. Termet, Étude sur un cas de monoplégie incomplète consécutive à un traumatisme cranien grave. Arch. gén. p. 209. Févr.

Leezynsky, William M., The treatment of trigeminal neuralgia. New York med. Record LI. 13. p. 439. March.

Leszynsky, W., Congenital defective ocular movements. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 171. March.

Leutert, Ernst, Die Bedeutung d. Lumbalpunktion f. d. Diagnose intracraeieller Complikationen d. Otitis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8. 9.

Levi, Amedeo, Ein Fall von Hemiplegia cerebralis nach Diphtherie. Arch. f. Kinderhkde. XXII. I u. 2. p. 11.

Lévi, Charles, De la méningite séreuse due au pneumocoque. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 49. Janv.

Lévi, Léopold, Un cas d'ostéite déformante de Paget. Interprétation des lésions de la moelle épinière. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 2. p. 113. Mars—Avril.

Leyden, E., u. Goldscheider, Die Erkrankungen d. Rückenmarks u. d. Medulla oblongata. II. Spec. Theil. III. Medulla oblongata. [Spec. Pathologie n. Ther., herausgeg. von *Hermann Nothnagel*. X. Bd. II. Theil. I. u. 2. Abth.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. XI S. u. S. 213—760. 18 Mk.

Lodoli, Giuseppe, Isterismo con sintomi siringomielici. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 629.

Lunz, M. A., Hemiatrophia totalis cruciata. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Luzonberger, Augusto di, Sulla paralysi spastica spinale [Annali di Neurol. XV. 2.] Napoli. Tip. Cav. A. Tocco. 8. 32 pp.

Mc Connell, J. W., An uncommon cause of occupation neurosis. Philad. Policlin. VI. 12. p. 123. March.

Mc Enroe, William H., Clinical observation on convulsioes in the adult. New York med. Record LI. 6. p. 181. Febr.

Mackenzie, Hector, On the treatment of Graves' disease by means of thymus gland. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 132. Febr.

Mackensie, Hector, On oedema in Graves' disease. Edinb. med. Joern. N. S. I. 4. p. 401. April.

Mairet, Un stigmate permaeent de l'épilepsie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 4. p. 99. Janv. 26. — Bull. de Thér. CXXXII. 5. p. 193. Mars 15.

Maeteuffel, Joseph von, Ein Fall von linkseit. Hemiplegie mit Hemianästhesie u. l. kseit. homonymer Hemianopsie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 10.

Mantle, Alfred, Motor and sensory aphasia. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Maragliano, E., Isterismo latente; trauma psichico; mutismo isterico; amiostenia generale; contratturo; melancholia. Gazz. degli Ospod. XVIII. 46.

Maréchal, Les scléroses combiećes de la moelle épinière. Presse méd. belge XLIX. 13.

Marinesco, George, Main succulente et atrophie musculaire dans la syringomyélie. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 2. p. 84. Mars et Avril.

Marinesco, G., Un cas de maladie de Morvan avec autopsie. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. 3. S. XIV. 6. p. 261.

Martin, A. P., Mort rapide par méningite purulente septico-pyémie, consécutive à des furoncles de la nuque et de la région massétérienne gauche. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 215. Mars.

Martin, André, et Latteux, Traumatisme; hémorrhagie cérébrale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 35. Janv.

Massalongo, Roberto, Le diplegie cerebrali dell'infanzia (malattia di *Little*). Policlin. IV. 2. 4. p. 31. 53.

Meisling, Aage A., Om Propagation med „norvus opticus" af Sarkomer, opstaaende indonfor bulbus oculi. Nord. med. ark. N. F. VII. 1. Nr. 1.

Mendel, E., Tabes u. multiple Sklerose in ihren Beziehungen zum Trauma. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Mennicke, L., Ueber 2 Fälle von Cysticercus racemosus [im Gehirn]. Beitr. z. pathol. Anat. u. allg. Pathol. XXI. 2. p. 243.

Middleton, Case of acromegaly. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 123. Febr.

Milbury, Frank S., Hysterical amblyopia. New York med. Record LI. 12. p. 423. March.

Milian, G., Contribution à l'étude de l'astasie-abasie. Arch. gén. p. 350. Mars.

Mingazzini, G., Fernere klin. Beobachtungen über geistige Störungen in Folge von Hemicranie. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 2. p. 122.

Miura, K., Ueber Kubisagari, eine in d. nördl. Provinzen Japans endem. Kraekheit (Gerlier'sche Krankheit, Vertige paralysant, Vertige ptosique). Mittheil. d. med. Fakult. d. kais. japan. Univers. zu Tokio III. 3. p. 259. 1896.

Möbius, P. J., Zur Bekämpfung der Nervosität. [Sep.-Abdr. a. d. Leben I. 2.] Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. Gr. 8. 4 S.

Möbius, P. J., Ueber verschied. Augenmuskelstörungen. Schmidt's Jahrbb. CCLIV. p. 25.

Möbius, P. J., Ueber Migräne. Schmidt's Jahrbb. CCLIV. p. 31.

Möbius, Ueber Morbus Basedowii. Schmidt's Jahrbb. CCLIV. p. 131.

von Monakow, Ueber Aphasie. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5. p. 149.

Mouro, T. K., a) Raynaud's disease. — b) A spastic type of chorea. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 92. 94. Febr.

Moutgomery, Douglass W., A case of early cerebral syphilis. Med. News LXX. 10. p. 303. March.

Moser, W., Alcoholic chorea. New York med. Record LI. 8. p. 266. Febr.

Müller, Franz C., Zur Therapie d. Epilepsie. Wien. klin. Rundschau XI. 12.

Müller, L. R., Ein Fall von traumat. Syringomyelie. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 1. p. 16.

Murri, Augusto, On diagnosis of tumour of the cerebellum. Lancet Jan. 30.

Mygiud, Holger, Bemärkninger om Stammen, med särligt Hensyn til dous Aarsager og Bebandling. Hosp.-Tid. 4. R. V. 14.

Napier, A., Cases of chorea in young women. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 126. Febr.

Nonne, Ein Beitrag zur klin. Symptomatologie d. Hirnsinusthrombose. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 75.

Obersteiner, H., Der centrale Sehapparat in diagnost. Beziehung. Wien. med. Presse XXXVIII. 6. 7.

Oliver, Charles A., Winke zur Diagnose der peripher. u. centralen Nervenkrankheiten mit Hülfe d. wichtigsten ophthalmologischen Untersuchungsmethoden. Uebersetzt von *Julius Wolff*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 16. 48 S. 80 Pf.

O'Neill, J. M., A case of cerebral syphilis with typhoid fever supervening. New York med. Record LI. 16. p. 563. April.

Onuf (Onufrowicz), B., A study in aphasia. Journ. of uerv. and meut. Dis. XXIV. 2. 3. p. 86. 105. 138. Febr., March.

Onuf (Onnfrowicz), B., Ueber pseudospastische Parese mit Tremor uach Trauma. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 8.

Osler, William, On certain unusual forms of paraesthetic meralgia. Journ. of uerv. and meut. Dis. XXIV. 3. p. 132. March.

Pal, J., Zur Klinik d. Morvan'schen Symptomencomplexes (Syringomyelia mutilans). [Jahrb. d. Wien. Krankenanst. III.] 8. 7 S. mit 3 Tafeln.

Pascheles, W., Ueber Varietäten d. Gehirnblutung. Wien. klin. Wchnschr. X. 14.

Pauly et Ch. Bonne, Maladie familiale à symptômes cérébello-médullaires. Revue de Méd. XVII. 3. p. 201.

Pembrey, M. S., On the deep and surface temperature of the human body after traumatic section of the spinal cord. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. XIII.

Pernet, George, Zona following extraction of teeth. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

Perrot, Aérophagie hystérique. Lyon méd. LXXXIV. p. 163. Janv. 31.

Petit, Note sur 48 cas de paralysie diphthérique. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 76. Févr.

Petrén, Karl, Beiträge zur Kenutniss d. multiplen allgem. Neuromo. [Nord. med. ark. Festb. tillegn. *Axel Key* Nr. 10.] 8. 67 S. u. 3 Tafeln.

Pettyjohn, Elmore S., The differential diagnosis of neurasthenia and its treatment. Med. News LXX. 11. p. 326. March.

Pitres, A., Etude sur les sensations illusoires des amputés. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 2. p. 177. Mars—Avril.

Pochon, G., Méningisme et méningites. Revue d'Obstétr. X. p. 12. 46. 92. Janv.—Mars. — Gaz. hebd. XLIV. 25.

Popper, H., Ueber 2 Fälle von schwerer Trigeminusneuralgie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Prince, Morton, Hysterical monocular amblyopia coexisting with normal binocular vision. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 157. Febr.

Putnam, James J., A contribution to the clinical history of non-suppurative acute (hemorrhagic) encephalitis with report of a case following an attack of mumps. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 1. p. 1. Jan.

Randall, B. Alexander, Incomplete exploration for otitic cerebellar abscess; death; autopsy. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 325. Febr.

Raymond, F., Sur un cas d'hémisection traumatique de la moelle (syndrôme de Brown-Séquard). Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 1. p. 1. Janv.—Févr.

Raymoud, F., Sur un cas de rigidité spasmodique des membres inférieurs (maladie de Little). Semaine méd. XVII. 17.

Remak, Typ. Mitbewegungen d. rechten Oberextremität b. Aphasie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10. p. 214.

Rembold, Zur Lumbalpunktion bei tuberkulöser Meningitis. Stuttg. med. Abh. p. 109.

Remlinger, Paul, Les déterminations du paludisme sur le système nerveux. Gaz. des Hôp. 27.

Reymond, E., Ueber Encephalitis diffusa, resp. Poliencephalitis d. Kindes. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 2. p. 157.

Resek, F., Ein primäres polymorphes Sarkom d. Gehirns. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 40.

Rhein, John H. Wallace, Puerperal neuritis. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 340. Febr.

Riche, Paul, Le goître exophthalmique. Interprétation nouvelle. Paris. Soc. d'édit. scientif. 8. 95 pp. 4 Mk.

Richer, Paul, et A. Souques, Un cas de contracture hystéro-traumatique des muscles du tronc. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 2. p. 109. Mars et Avril.

Riesman, David, Hysterical rapid breathing (hysterical tachypnoea). Philad. Policlin. VI. 7. p. 69. Febr.

Rochemont, L. J. de, Over eene nieuwe therapie bij hyperaemia cerebri. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. bls. 374. 1896.

Rookwell, A. D., Neurasthenia and its relation to other diseases. New York med. Record LI. 9. p. 297. Febr.

Ross, S. J., A case of alcoholic pseudo-tabes. Brit. med. Journ. March 13. p. 654.

Rushton, Wm., Trigeminal neuralgia, associated with loss of teeth. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 305.

Russell, J. S. Risien, The direction of rotation in cerebellar affections. Brit. med. Journ. April 10.

Sachs, B., The relation of multiple sclerosis to multiple cerebro-spinal syphilis. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 176. March.

Sachs, Heinrich, Ueber Bewegungshinderungen u. psychisch bedingte Lähmungen (ohne anatom. Grundlage). Mitth. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 72.

Sadger, J., Wie wirken Hydro- u. Elektrotherapie b. Nervenkrankheiten? Fortschr. d. Hydrother. p. 211.

Saenger, Alfred, Ein operirter Basedow-Fall. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Sander, M., Ein Fall von Athetose mit Sektionsbefund. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 7.

Schaeffer, Oskar, Ueber Blutergüsse in d. Wirbelkanal b. Neugeborenen u. deren Ursachen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 278.

Schauz, A., Zur Casuistik d. Meningocele spuria traumatica spinalis. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 2. p. 37.

Schenk, Arthur, Klin. Untersuchungen des Nervensystems in einem Falle von Erythromelalgie. Ungar. med. Presse II. 12. 13.

Schindler, C., Ueber Blutungen in d. Rückenmarkshäute. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 297. 1896.

Schlagenhaufer, Friedrich, Anatom. Beiträge zum Faserverlauf in d. Sehnervenbahnen u. Beitrag zur tab. Sehnervenatrophie. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 1.

Schlasingar, Hermann, Ueber einige bulbäre Symptomencomplexe mit akutem u. subakutem Beginne. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 50.

Schlesinger, Hermann, Bemerkungen über Quetschungsprodukte am Rückenmarke u. über Neurombildung in demselben. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 4.

Schultze, Fr., Tetania u. Psychose. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9.

Schuster, Paul, Poliomyelitis anterior chronica mit Betheiligung d. hintern Wurzeln u. d. Burdach'schen Strange. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 8.

Schwarz, Emil, Ueber chron. Spinalmeningitis u. ihre Beziehungen zum Symptomencomplex d. Tabes dorsalis. Ztschr. f. Heilkde. XVIII. 2 u. 3. p. 123.

Schwoner, Josef, Ueber hereditäre Akromegalie. Ztschr. f. Heilkde. XXXII. Suppl.-Heft p. 202.

Semidalow, W., Zur Frage über d. Akinesia algera. Wratsch 2. 3. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Semple, Edward, and James Taylor, On certain symptoms of spinal cord affection in bicycle riders. Lancet April 17.

Sievers, På syfilis beroende s. k. Brown-Sequard's förlamning. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 185.

Smith, P. Blaikie, Auditory aphasia with amusia. Brit. med. Journ. April 3.

Söldor, Friedrich von, Degenerirte Bahnen im Hirnstamme b. Läsion d. untern Cervikalmarks. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 7.

Sokolowski, Ernst, Zur Selbstverwundung Hysterischer. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 7.

Sorgo, Josef, Beitrag zur Kenntniss d. recurrirenden Polyneuritis. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 223.

Sorgo, Josef, Ueber einige intermittirende Motilitätsstörungen. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 267.

Souques, A., Maccus, polichinelle et acromégalie. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 6. p. 375. Nov.—Déc. 1896.

Soury, J., Le faisceau pyramidal et la maladie de Little. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 2. p. 238. Mars—Avril.

Spillar, Wm. G., A clinical study of infantile hemiplegia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 1. p. 14. Jan.

Spiller, William G., 4 cases of cerebellar disease (one autopsy) with reference to cerebellar hereditary ataxia. Brain LXXVI. 4. p. 588.

Starr, M. Allen, The pathology of syringomyelia. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 1. p. 38. Jan.

Stain, Conrad, Eine aussergewöhnl. Form von Bewegungsstörung mit myoton. Reaktion. Wien. klin. Rundschau XI. 6. 7. 8.

Stein, Oskar, Ueber Polyneuritis senilis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 11. 12.

Steiner, Ferdinand, Beiträge zur Kenntniss d. hyster. Affektionen b. Kindern. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 2. p. 187.

Starling, S., Ueber Eparsalgie. [Berl. Klin. Heft 104.] Berlin. Fischer's med. Buchh. S. 28 S. 60 Pf.

Stevan, John Lindsay, Case of spastic hemiplegia of gradual onset, following a severe attack of enteric fever, and terminating in insanity. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 197. March.

Stevan, John Lindsay, and T. K. Monro, 4 cases of muscular atrophy. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 272. April.

Stieglitz, Leo, Acute anterior poliomyelitis, associated with facial palsy. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 2. p. 98. Febr.

Stieglitz, L., Multiple sclerosis in children. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 174. March.

Strauh, M., Aangeboren dubbelzijdige verlamming von da zijdelingsche beweging der oogen. — Die gevallen van verlamning der divergentie. Nedorl. Weekbl. I. 6.

Strümpell, A. von, Ueber hyster. Hämoptöe, insbes. b. Unfallkranken. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. I. p. 1.

Sudduth, W. Xavier, Modern methods of treating epilepsy. Medicine III. 4. p. 272. April.

Sutoliffe, W., Exophthalmic goître in a man. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Tambroni, Ruggero, La ooforotorapia nello malattie nervose a mentali. [Atti doll' Accad. delle Sc. med. di Ferrara. IV. 1896.] Ferrara. Stabil. tipogr. G. Bresciani. 8. 27 pp.

Tambroni, R., e J. Finzi, Un caso di corea dell' Huntington. [Boll. del Manicomio provinc. di Ferrara I.] Ferrara. Tip. dell' Eridano. 8. 11 p.

Teleky, Ludwig, Beiträge zur Lehre von der Osteoarthropathie hypertrophiante pneumique. Wien. klin. Wchnschr. X. 6.

Thiem, C., Ueber einige durch Unfälle herbeigeführte Erkrankungen d. Rückenmarkssubstanz. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 290. 1896.

Thomason, R., A case of partial rupture of the spinal cord without fracture of the spine; necropsy. Lancet April 3. p. 956.

Thomayer, De la substitution musculaire. Revue neurol. V. 5. p. 129. Mars.

Thomson, Ernest, A case of sensory aphasia with homonymous sectorshaped defect of the visual fields. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 290. April.

Thomson, W. Ernest, Sensory aphasia. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 512. May.

Touuel et Raviart, Ramollissement limité au segment interne du noyau lenticulaire droit; brèves considérations à propos de cette observation unique sur le rôle du noyau lenticulaire. Echo méd. I. 12.

Tournier, C., Ostéo-arthropathies hypertrophiques du genou droit et des 2 pieds d'origine nerveuse; tabes ou syringomyélie? Rôle d'une tare nerveuse dans la réalisation des modalités tabétiques. Revue de Méd. XVII. 3. p. 221.

Tuffier, 2 cas de goître exophthalmique traités par l'hémithyroïdectomie. Gaz. hebd. XLIV. 20.

Villani, Giuseppe, Contributo allo studio della corea cronica progressiva. Rif. med. XIII. 67. 68. 69. 70.

Visioli, F., Distrofio muscolari progressive. Policlin. IV. 2. p. 42.

Vogt, Anton, Hysteria virilis. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. S. 78.

Vogt, Die Zielvorstellung d. Suggestion. Ztschr. f. Hypnot. V. 6. p. 332.

Walker, H. Secker, A case of suppurative otitis media complicated with cerebellar abscess. Brit. med. Journ. March 6.

Ward, Arthur H., A case of persistent priapism. Lancet April 24.

Watts, A. M., A case of partial rupture of the spinal cord without fracture of the spine. Brit. med. Journ. March 13. p. 654.

Webber, S. G., Excessive physical exercise as cause of nervous exhaustion. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 34. Jan.

Waber, Leonard, The use of the permanent extension corset and *Fraenkel's* exercise in treatment of locomotor ataxia. New York med. Record LI. 9. p. 296. Febr.

Weguer, Nervosität u. psych. Heilbehandlung. Ztschr. f. Hypnot. V. 5. p. 249.

Wail, Max, Hyster. Störungen im Kindesalter. Stuttg. med. Abhandl. p. 124.

Wertheim Salomonson, J. K. A., Een atypisch geval van myotonia. Psychiatr. en neurol. Bladen 1.

Wherry, George, Rotation in cerebellar affections. Brit. med. Journ. April 24. p. 1064.

Wildermuth, Zur Aetiologie d. Epilepsie. Stuttg. med. Abhandl. p. 166.

Willard, De Forest, and Wm. G. Spiller, Concussion of the spinal cord (railway spine). Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 180. March.

Willis, Morley, A case of cerebral abscess, presenting some unusual features. Brit. med. Journ. Febr. 6.

Winternitz, Wilhelm, Morbus Basedowii u. Hydrotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 4.

Wolf, Sidney, Ein Beitrag zur Aetiologie d. circumscripten Meningitis. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10.

Wood, D. J., A case of paralysis of the sixth nerve followed by diplegia; recovery. Brit. med. Journ. April 3.

Woods, Ophthalmoplegia externa. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 48. March.

Yonge, Eugene S., A case of facial hemiatrophy. Brit. med. Journ. March 6.

Zappert, J., Ueber Wurzeldegenerationen im Rückenmarke u. in der Medulla oblongata des Kindes. Jahrbb. f. Psych. XVI. 1 u. 2. p. 197.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Barger, Bohne, Carslaw, Charrin, Flatau, Goldscheider, Gurrieri, Kaes, Kapsammer, Korolew, Lamy, Marinesco, Nehrkorn, Roncoroni, Singer, Sulzer, Tedeschi, Thomson. IV. 2. *Infektiöse Meningitis, Tetanus,* Glogner, Grimm, Huber, Kamen, Kennedy, Klemm, White; 4. Da Costa, Kisch; 5. Benham, Kausch, Kosiczkowsky, Mendelson, Randu, Rosenbach, Somers; 6. De Giovanni; 9. Lépine, Strauss; 10. Cantrell; 11. Labbée, Moty. V. 1. Angelini, Chipault, Franz, Goldstein; 2. a. *Gehirnchirurgie;* 2. b. Jemma, Loveland, Mya, Ninni, Wentworth; 2. e. Chipault, Coombe, Féré, Griffiths, Sick. VI. Edwards, Mitchell, Schaeffer, Zamazal. VII. Dirmoser, Eskelin, Gallagher, Herzfeld, Kollmann, Torbensen, Townsend, Veit, Wiggins, Worcester. VIII. Lewin. IX. Dietz, Prince, Ransohoff, Siemerling. X. Leitner, Liebrecht, Luksch, Oliver, Risley, Schoen. XI. Barr, Bleyer, Collet, Hagentobler, Mc Namara, Miller, Stibbe, Tsakyroglous. XIII. 2. De Buck, Delmis, Fazio, Gioffredi, Jones, Möller, Potts, Thayer, Waller; 3. Da Costa, Jacoby, Raymond, Weiss. XIV. 4. Armstrong, Brügelmann, Hallervorden. XV. Gowers, Hallervorden, Mandry, Reid. XVI. von Sohrenck. XVIII. Sherrington, Vannerholm.

9) *Constitutionskrankheiten und Krankheiten des Blutes.*

Barbás, Josef, Ein interessanter Fall von Leukämie. Ungar. med. Presse II. 7.

Barbier, B., Revue sur les traitements de la chloro-anémie spécialement de celle dite chlorose. Bull. de Thér. CXXXII. 3. 4. 5. p. 123. 170. 217. Févr. 15. 28, Mars 15.

Battistini, Ferdinando, Contributo allo studio dell' influenza che i idrati di carbonio esercitano sul ricambio azotato nei diabetici. Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 1. p. 1.

Biernacki, E., Ueber d. Krankheitsbegriff d. Chlorose. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 8. 9. 10. 11.

Blondel, Essai d'une théorie nouvelle de la chlorose. Emploi thérapeutique du thymus dans cette affection. Bull. de Thér. II. 8. p. 233. Avril 23.

Boinet, E., Recherches expérimentales sur la pathogénie de la maladie d'Addison. Revue de Méd. XVII. 2. p. 136.

Bourneville, Idiotie myxoedémateuse (myxoedème infantile); traitement par l'injection de glande thyroïde de mouton. Progrès méd. 3. S. V. 10. 11.

Burgess, John J., A case of diabetes insipidus. Dubl. Journ. CIII. p. 306. April.

de la Camp, Carcinoma in d. ersten beiden Lebensdecennien. Mitth. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 41.

Campana, Mixedema idiopatico. Rif. med. XIII. 59.

Coenen, Hermann, Mittheilungen über d. Verhalten d. Serumsalze b. einigen Fällen von sekundärer Anämie. Fortschr. d. Med. XV. 8. p. 298.

Colombini, P., Pentosorie u. Xanthoma diabeticorum. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 3. p. 129.

Combe, A., Le myxoedème. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. 3. 4. p. 61. 163. 255. Févr.—Avril.

Cornillon, J., et A. Mallet, La doctrine de l'acétonémie à propos de 2 cas de diabète suivis de mort rapide. Progrès méd. 3. S. V. 6.

Dapper, Carl, Ueber Entfettungskuren. Arch. f. Verdauungskrankh. III. 1. p. 1.

De Buck, D., et L. De Moor, Notes sur un cas de diabète insipide. Belg. méd. IV. 9. p. 257.

De Renzi, E., u. E. Reale, Ueber d. Zersetzungsfähigkeit d. Lävulose b. d. klin. u. experiment. Diabetes u. über ihren Werth als Eiweissstoffsparmittel. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 9.

Dessoil, P., Les modalités de la leucémie. Echo méd. I. 14.

Douglas, C. E., Diabetes mellitus over 9 years duration; death from erysipelas. Brit. med. Journ. March 6. p. 586.

Duncan, Eben., Leucocythaemia with diseased liver and spleen. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 212. March.

Eichenberger, E., Ein Fall von Diabetes insipidus im Kindesalter. Festschrift (Hagenbach) p. 51.

Eichhorst, Lienale Leukämie. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3. p. 78.

Eshner, Augustus A., A case of profound anaemia probably gastro-intestinal origin. Philad. Policlin. VI. 13. p. 132. March.

Fedeli, Carlo, Lezione di chiusura dell' anno scolastico 1895—96. [Anemie.] Rif. med. XIII. 26. 27.

Feer, Emil, Zur geograph. Verbreitung u. Aetiologie der Rhachitis. Basel. Druck d. Schweiz. Verlags-Druckerei. [Sep.-Abdr. a. d. Festschr. f. *Hagenbach-Burckhardt.*] S. 68—134.

Fernet, Considérations sur le traitement de la chlorose. Bull. de Thér. II. 5. p. 140. Mars 8.

Fisk, A. L., Photograph and skiagraph of a gouty hand. Med. News LXX. 16. p. 496. April.

Förster, Fritz, Ueber einen durch Schilddrüsenfütterung erfolgreich behandelten Fall von Myxoedema operativum. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12. 13.

Förster, Fritz, Weitere Beobachtungen an einem Falle von Myxoedema operativum. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 16.

Garnett, Richard, Anemia. Amer. Pract. and News XXIII. p. 2. p. 51. Jan.

Giarrè, Carlo, Contributo sperimentale allo studio della genesi della urobilinuria. Rif. med. XIII. 25.

Greig, David M., Fibrinuria. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 401.

Hers, H. A., A case of spleno-medullary leukemia; one of lymphatic leukemia or splenic leukemia; and 4 cases of pernicious anemia. Med. News LXX. 13. p. 396. March.

Herrmann, Erich, Studien über Leukämie unter besond. Berücksicht. ihrer traumat. Entstehung. Mitth. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 42.

Hösslin, R. v., Gebäck f. Zuckerkranke u. Fettleibige. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Huchard, H., Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement de la chlorose. Bull. de Thér. II. 5. p. 149. Mars 8.

Hugonnenq, Sur l'albumosurie. Lyon méd. LXXXIV. p. 521. Avril.

Huppert, Hugo, Ueber einen Fall von Albuminurie. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 500.

Inuss, A., Diabetes with hypertrophic cirrhosis of the liver. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 415. April.

Kaarsberg, Haus, Om Klorose. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 11.

Kellar, Arthur, Einfluss d. Milchdiät auf d. Ausscheidung von Eiweiss im Harn b. cykl. Albuminurie. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 64.

Kisch, E. Heinrich, Zur Behandlung d. anäm. Form d. Fettleibigkeit. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 86.

Kittel, Ueber Uratablagerungen in d. Fusssohle, ihre Entstehung u. Behandlung (irreguläre Gicht). Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 17.

Klein, Stanislaus, Einige Bemerkungen zur Therapie d. Chlorose. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 193.

Korff, B., Ueber Carcinombehandlung mit Streptococcus-prodigiosus-Culturen u. negativem Resultat. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 12.

Krageluud, Klorotiske Tilstande. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 14.

Kraus, Karl, Albuminurie u. Hydrotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 3.

Lange, C., Bidrag til Urinsyrediatesens Klinik. Hosp.-Tid. 4. R. V. 4.

Laquer, B., Bemerkungen zu Dr. *M. Sternberg's:* Altes u. Neues über d. Gicht. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Lépine, R., Traitement du coma diabétique. Semaine méd. XVII. 10. — Lyon méd. LXXXIV. p. 507. Avril.

Levison, F., Om Behandling af Gicht (arthritis urica) og särlig af denne Sygdoms kroniske Former. Förh. vid. Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 75. — Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 1. 2.

Levison, F., Om Urinsyren som Sygdomsaarsag. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 15.

Loeb, M., Ueber d. Anfangsstadium d. Diabetes mellitus. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 5.

Luff, Arthur, On the chemistry and pathology of gout. Lancet March 27, April 3. 17. — Brit. med. Journ. March 27, April 3. 10.

Mc Cann, Lactosuria. Lancet April 24. p. 1174.

Mc Namara, J., Diabetes. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Möller, J. S., Om Klorose og Järnterapi. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. S. 9.

Nakarai, Ueber Hämatoporphyrieurie. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 165.

Nobécourt, Rapports de l'intoxication saturnine et la goutte. Semaine méd. XVII. 7.

Noorden, K. v., Die Bleichsucht. [Spec. Pathologie u. Therapie, herausgeg. von *Nothnagel.* VIII. 2.] Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. VIII u. 209 S. 5 Mk. 20 Pf.

Oertel, M. J., Wesen u. Behandl. d. Fettleibigkeit. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 183.

Oettinger, W., Le régime lacté et les diabétiques. Semaine méd. XVII. 8.

Pavy, F. W., Note on lactosuria. Lancet April 17.

Ransom, Charles C., The treatment of gout. New York med. Record LI. 6. p. 192. Febr.

Roberts, Ernest, The uric acid diathesis. Brit. med. Journ. March 6. p. 625.

Robin, Albert, Application des données fournies par la chimie biologique à l'institution du traitement de la chlorose et des anémies. Bull. de Thér. II. 7. p. 213. Avril 8.

Rümke, C. L., Een geval van albumosuria. Nederl. Weekbl. I. 16.

Ruysson, Ch., Un cas d'haematurie chez un hémophilique. Echo méd. I. 10.

Schrk, Carl, Ist die Fleischkost b. Gichtkranken indicirt? Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 2. p. 29.

Schilling, F., Morbus Addisonii u. Organotherapie. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7.

Schweinitz, G. E. de, Examination of eyes from a case of pernicious anemia. Transact. of the Amer. ophthalm. Soc. VII. p. 654.

Senator, H., Zur Kenntniss d. Osteomalacie u. d. Organotherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6. 7. Vgl. a. 6. p. 125.

Simon, Charles E., A study of 31 cases of chlorosis. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 4. p. 399. April.

Smaniotto, Ettore, Recherches sur la pathogenèse du rachitisme. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 122. 161. Mars, Avril.

Sternberg, Maximilian, Altes u. Neues über d. Behandl. d. Gicht. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. — Wien. med. Presse XXXVIII. 13. p. 410.

Strauss, Hermann, Zur Lehre von d. neurogenen u. d. thyreogenen Glykosurie. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 18.

Symes, W. Langford, Clinical pictures of childrens disease: splenic anaemia. Dubl. Journ. CIII. p. 207. March.

Teschemacher, Zur Behandl. d. Diabetes mellitus. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

Theodor, F., Akute Leukämie im Kindesalter. Arch. f. Kinderhkde. XXII. 1 u. 2. p. 47.

Thomson, T. Henry, Bloodletting in uraemia. Brit. med. Journ. March 13. p. 653.

Toussaint, F., Les théories pathogéniques de la goutte. Gaz. des Hôp. 137. 1896.

Trebitsch, Hermann, Ueber eine ungewöhnl. Form d. Hautpigmentirung b. Morbus Addisonii. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 163.

Tschistowitsch, Th., Zur Frage von d. aegeb. Rhachitis. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 140.

Vaquez, H., Examen du sang de sujets myxoedémateux. Progrès méd. 3. S. V. 12.

Vickery, H. F., Homophilia. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 226. March.

W., F., 365 Speisezettel f. Zuckerkranke u. Fettleibige mit 20 Recepten über Zubereitung von Aleuronatbrot u. Mehlspeisen. 2. Aufl. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 8. XIV u. 131 S.

Wade, Willoughby, Remarks on arthritic gout. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Warfvinge, F. W., Om kloros och järnbehandling. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 63.

S. a. I. Münzer, Winterberg. III. Biernacki, Bobus, Regnault. IV. 2. Baccelli; 5. Buxbaum; 8. *Akromegalie, Basedow'sche Krankheit,* Drouineau, Fischl; 10. Hutchinson, Meragliano, Rasch, Stoelo. V. 1. Wering; 2. a. Soldowitsch; 2. d. Wook; 2. s. Holt, Stone. VII. Allbutt, Boimond, Drage, Launois, Solò. VIII. Cattaneo. IX. Laudenheimer. X. Duclos, Hansell, Hinshelwood, Schmidt, Velude, Wagenmann. XIII. 2. Cardi, Dalchó, Grocoo.

10) *Hautkrankheiten.*

Adam, G., Zur Bekämpfung d. Lepra. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Arnheim, Alfred, Zur Casuistik d. Lepra. Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 44.

Audry, Ch., Ueber die Bedeutung des Lupus der Schleimhäute. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXXV. 4. p. 212.

B., E. A., Case of dermatitis due to wearing a fur collarette. Lancet Febr. 20. p. 555.

Beatty, Wallace, 4 cases of pityriasis rubra. Dubl. Journ. CIII. p. 156. Febr.

Blaschko, Die Lepra im Kreise Memel. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 87 S. mit 8 Abbild. im Text u. 3 Tafeln. 2 Mk. 50 Pf.

Bosok, C., Et Tilfälde af Acanthosis nigricans. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 3. s. 273.

Brault, J., Ulcères phagédéniques des pays chauds

compliqués de gangrène humide et de pourriture d'hôpital. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VIII. 2. p. 165.

Broes van Dort, Een en ander over de lepra in Nederland en zijn koloniën. Nederl. Weekbl. I. 8. 10.

Brouardel, G., Dermite papillomatense syphiloïde. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 3. p. 282. Mars.

Caillaud, Médério, Des gangrènes infectieuses disséminées de la peau chez les enfants. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 134. Mars.

Campana, Roberto, Della tubercolina nel lupus. Policlin. IV. 3. p. 60.

Campana, Un caso di noma da sifilide. Rif. med. XIII. 29.

Campana, Condilomi ed eruzioni pemfigoidi. Rif. med. XIII. 31.

Campana, R., 1) La rupia. — b) Della prurigo. Rif. med. XIII. 40. 41.

Campana, R., a) Elefantiasi. — b) Eczema da trichofiton? Syfiloderma tardivo. — c) L'orticaria. Rif. med. XIII. 43. 44. 45.

Campana, Eczema cronico. Rif. med. XIII. 64.

Campana, Lupus. — Tigna, acorion e trichofiton. Rif. med. XIII. 71.

Cantrell, J. Abbott, Appearence of zoster and syphilis in the same subject. New York med. Record LI. 5. p. 159. Jan.

Cantrell, J. Abbott, A case of recurrent lupus erythematosus. Philad. Policlin. VI. 7. p. 70. Febr.

Cantrell, J. Abbott, Eczema umbilici and its treatment. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 82. Febr.

Davidson, A., The so-called spider-hites and their treatment. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 80. Febr.

Diehalla, G., Sarcoma multiplex cutis. Ungar. med. Presse II. 10.

Dios Carrasquilla, Juan de, Sobre un procedimento seroterápio aplicato al tratamiento de la lepra Griega. Gac. méd. de Costa Rica I. 8. p. 224. 1896.

Duhring, Louis A., Relation of dermatitis herpetiformis to erythema multiforme and to pemphigus. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 169. Febr.

Duhring, Louis A., The local treatment of the regional forms of eczema. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 4. p. 379. April.

Ekehorn, G., En ovanlig form of infektion i hud och underhud med dödlig utgång. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 207.

Engelmann, G., Ein Fall von Sklerodermie. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 9.

Finger, E., Ueber Lupus follicularis disseminatus (*Tilbury Fox*). Wien. klin. Wchnschr. X. 8.

Freund, Leopold. Ein mit *Röntgen*-Strahlen behandelter Fall von Naevus pigmentosus piliferus. Wien. Wchnschr. XLVII. 10.

Geill, Christian, El Tilfälde af Kloraleksantem. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 14.

Germain, De quelques alopécies circonscrites, simulant la pélade. Arch. clin. de Bord. VI. 4. p. 147. Avril.

Gilchrist, T. C., A case of dermatitis due to the X-rays. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 71. p. 17. Febr.

Gilchrist, T. C., Additional cases of dermatitis due to the X-rays. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 46. March.

Guiraud, F., A propos d'une éruption cutanée pathogénétique. Etude de diagnostic différentiel. Arch. clin. de Bord. VI. 1. p. 1. Janv.

Hall, F. de Havilland, Herpes of mucous membrane and skin. Brit. med. Journ. April 3. p. 848.

Herxheimer, Karl, Ueber Impetigo contagiosa vegetans, zugleich ein Beitrag zur Pathologie d. Protoplasma der Epithelzellen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 185.

Hintner, M., Ueber einen Fall von multipler Hautgangrän. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 207.

Hutchinson, J., a) On lumpy indurations of the skin of hands and feet in the descendants of gouty ancessors. — b) On large subcutaneous naevoid tumours. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 289. 293. March.

Hutchinson, J., a) Sarcoma of skin of foot with local pigmentation. — b) A very peculiar form of lupus erythematosus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 482. 484. May.

Jacobi, M., Zur Casuistik d. Mycosis fungoides. Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 46.

Janovski, Victor, Beiträge zur Lehre von der Alopecie. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 14. 15.

Ide, C. E., *Unna's* dressing. Philad. Policlin. VI. 12. 13. p. 119. 129. March.

Johnston, Wyatt, and W. H. Jamieson, 3 cases illustrating the value of the bacteriological diagnosis of leprosy for public health purposes. Montreal med. Journ. Jan.

Jónsson, Jón, Acute pemphigus and epidemic acute eczema. Lancet March 13. p. 736.

Jordan, Ein Fall von Pityriasis rubra pilaris. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 4. p. 206.

Kiesow, F., Sur l'excitation du sens de pression produite par des déformations constantes de la peau. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 417.

Klingmüller, V., u. K. Weber, Untersuchungen über Lepra. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Kupnitzky, Martin, Aetiologie u. Pathogenese d. Psoriasis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 405.

Ludwig, Herm., Ein Fall von Pemphigus vegetans. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Malborhe, Henri, Sarcomatose cutanée; lymphosarcome. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VIII. 2. p. 153.

Maragliane, E., Melanodermia; diabete; melanosarcomi dei gangli linfatici, del fegato e dal pancreas. Rif. med. XIII. 57.

Markusfeld, Stanislaus, Ueber d. Aetiologie d. Trichorrhexis nodosa (*Kaposi*). Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 6 u. 7.

Masterman, E. W. G., A case of wandering oedema, probably of septic origin. Brit. med. Journ. April 3.

Mendes da Costa, S., Een geval van naevi sebacei. Nederl. Weekbl. I. 6.

Mibelli, V., Die Aetiologie u. d. Varietäten d. Keratosen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 7. 8. p. 245. 415.

Montegazzo, Umberto, Sulla presenza dei corpuscoli di *Russel* in alcune dermatosi. Settimana med. LI. 10.

Müller, Georg J., Grundlinien d. Hauttherapie mittels medikamentöser Seifen. Berlin. S. Karger. 8. 40 S. 1 Mk.

Müller, Hermann, Favus u. Herpes tonsurans. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 7. p. 207.

Neuhaus, E., Ueber congenitale Sarkomatose der Haut. Arch. f. Kinderhkde. XXV. 5 u. 6. p. 367.

Neumann, Beitrag zur Kenntniss d. Pemphigus vegetans. Wien. klin. Wchnschr. X. 8.

Neumann, Ueber multiple Dermatomyome. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 1. p. 1.

Nielsen, Ludwig, Melanosis et Keratosis arsenicalis. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 3. p. 137.

Paul, Maurice Eden, Acute pemphigus. Lancet Febr. 13.

Pauli, Richard, Pemphigus foliaceus s. malignus. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 2. p. 26.

Pentzin, Birger, Psoriasikesta ja seu boidosta. [Ueber Psor. u. deren Behandl.] Duodecim XIII. s. 79.

Pernet, George, Dermatitis attributed to X-rays. New York med. Record LI. 13. p. 464. March.

Popper, C., Die chirurg. Behandl. d. Lupus vulgaris. Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 1.

Rasch, C., Om Urticaria. Hosp.-Tid. 4. S. V. 5.

Rasch, C., Om Forholdet mellem Hudsygdomme og den artritiske Diatese. Forh. vid Nord. Congr. f. inv. Med. S. 72.

Risso, Arturo, Contributo clinico, istologico e batteriologico allo studio della prurigine di Hebra. Policlinico IV. 7. p. 167.

Robins, Vernon, and J. N. Bloom, A case of pemphigus vulgaris. Amer. Pract. and News XXIII. 4. p. 129. Febr.

Robinson, A. R., The importance of early treatment in cutaneous malignant epitheliomata. Med. News LXX. 19. p. 449. April.

Sabouraud, La séborrhée grasse et la pélade. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 2. p. 134. Févr. — Gaz. des Hôp. 34.

Sabouraud, R., Sur la nature, la cause et le mécanisme de la calvitie vulgaire. Ann. de Dermatol. et de Syphiligr. VIII. 3. p. 257.

Smith, R. W. Innes, Note on a case of lichen planus curiously affect in scratches. Lancet March 6. p. 662.

Spedalskhed paa de dansk-vestindiske Öer. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 6.

Srebny, Zur Aetiologie u. Therapie d. Sykosis d. Oberlippe. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 211.

Steele, Ernest A. T., Fatal case of purpura haemorrhagica and pemphigus occurring in a rickety child. Lancet April 17. p. 1087.

Thomas, J. Lynn, X-rays dermatitis. Brit. med. Journ. March 27. p. 798.

Thomson, Erwin, Ein Fall von schwerer Dermatitis nach äusserlicher Applikation von Terpentinöl zum Zwecke d. Massage. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 10.

Tonnel et Raviart, Erythèmes bulleux dus à l'ingestion d'antipyrine. Echo méd. I. 2.

Tribondeau, Contribution à l'étude des éruptions sudorales des Européens aux pays chauds; formes pustuleuses observées à Madagascar. Arch. clin. de Bord. VI. 2. p. 81. Févr.

Unna, P. G., Impetigo. [Sep.-Abdr. a. Realencyklopädie d. ges. Heilk., herausgeg. von *A. Eulenburg*. 2. Aufl. Encyklopäd. Jahrbb. VI. Bd.]

Unna, P. G., Histolog. Illustrationen zur Pathologie d. Haut: Furunkel d. Erwachsenen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 3. p. 135.

Unna, P. G., Pustulosis staphylogenes, ein durch Staphylokokkenmetastase erzeugtes akutes Exanthem. Deutsche Med.-Ztg. 56. 1896.

Unna, P. G., Die verschied. Knotenformen d. Lepra. Deutsche Med.-Ztg. 93. 1896.

Wadstein, Emil, Ein Fall von Sclerodermia diffusa. Nord. med. ark. N. F. VI. 6. Nr. 29.

Waelsch, Ludwig, Weitere Mittheilungen zur Pathologie d. Hyphomykosen. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 203.

Walsh, David, Skin-pictures by the X-rays. Brit. med. Journ. March 27. p. 796.

White, James C., Notes on dermatitis venenata. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 4. p. 77. Jan.

Wickham, L., The microbial origin of baldness. *Sabouraud's* researches into the relation between seborrhoea, alopecia areata, and baldness. Brit. med. Journ. April 24.

Williams, E. Davies, Wandering oedema. Brit. med. Journ. April 24. p. 1040.

Willoughby, W. G., Note on the family of a patient with ichthyosis. Lancet Jan. 30. p. 309.

Wladimiroff, G. E., Vitiligo bei einem 6jähr. Knaben. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 362.

Wright, A. E., On the pathology and treatment of chilblains. Lancet Jan. 30.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Dohrzyniecki, Mamurowsky, Shattock, Spiegler, Unna. IV. 2. Berry, Cervellino, Sharman; 3. Giraudeau; 4. Maragliano; 8. Delamare; 9. Trebitsch; 11. Campana. V. 1. Bardeleben, Campana. X. de Gonvéa. XI. Rendell. XIII. 2. Cassedebat, Czerny, Fornaca, Julliard, Kellogg, Kozerski, Kuhn, Lévai, Löhlowitz, Mühlbauer, Robert, Roberts, Schmey, Waldo. XIV. 2. Rosenthal. XV. Richter.

11) *Venerische Krankheiten.*

Aubert, P., Perception de l'induration des chancres avec un seul doigt, toucher unidigital. Lyon méd. LXXXIV. p. 471. Avril. — Gaz. hebd. XLIV. 30.

Bloch, Friedrich, Ueber extragenitale Syphilisinfektion. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 1. p. 65.

Bozzolo, Ittero sifilitico ed atrofia acuta del fegato in corso di sifilide recente. Rif. med. XIII. 35.

Campana, Gomma ulcerata. Rif. med. XIII. 58.

Campana, Ulcera mista del glande con balanopostite; adenopatie e sifiloderma papuloso lenticolare. Rif. med. XIII. 59.

Campana, Psoriasi palmare sifilitica. Rif. med. XIII. 71.

Campana, Rupia e sifiloderma condilomatoso. Rif. med. XIII. 74.

Casper, Leopold, Aufgaben u. Erfolge bei der Behandl. d. chron. Gonorrhöe. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15.

Chermeil, Syphilis et irritation. Echo méd. I. 5.

Chermeil et Gautier, Gomme syphilitique de l'amygdale et du pharynx. Echo méd. I. 13.

Christian, H. M., The duration of acute gonorrhoea under treatment. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 1. p. 5. Jan.

Demerson, E., Des troubles oculaires dans la syphilis acquise. Gaz. des Hôp. 36. 37. 39. 40.

Deutsch, A., Ueber d. Aetiologie u. Therapie d. Bubonen. Ungar. med. Presse II. 9.

Dohrovits, M., Die Gonorrhöe b. Kindern. Ungar. med. Presse II. 10.

Düring, E. von, Weitere Beiträge zur Lehre von der hereditären Syphilis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Eudlitz, Le chancre simple (chancre mou, chancre non infectieux) de la région céphalique. Arch. gén. p. 424. Avril.

Fabry, J., Bemerkungen zu *K. Herxheimer's* Aufsatz „über multiple Gummen im Frühstadium d. Syphilis“. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 303.

Fenwick, P. Clennell, A case of angina Ludovici occurring in the acute stage of syphilis. Lancet Febr. 27. p. 589.

Fournier, Cas de syphilis communiquée par un nourrisson à sa nourrice. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 4. p. 336. Avril.

Fournier, De l'allaitement artificiel des enfants syphilitiques. Méd. infant. 4. 5. p. 94. 125.

Fuchs, Robert, Initialsklerose am oberen Augenlid. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Grön, K., Syphilitisk Initialsklerose paa Hagen, opstaaet efter Barbering. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 3. Forh. S. 26.

Hammer, Ueber Prostitution u. vener. Erkrankungen in Stuttgart u. d. prakt. Bedeutung d. Gonococcus. Wien u. Leipzig. Wilh. Braumüller. Gr. 8. 24 S. — Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 253.

Hansteen, Heiberg, Gonokokkerisuppurerende Buboner. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 2. S. 219.

Hansteen, H., Vereiterung d. Leistendrüsen durch d. Gonococcus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 397.

Heslund, Alex., Syphilis maligna. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 3. p. 345.

Hjelmman, J. V., Bidrag till kännedomen om de histo-patologiska väfnadsförändriogarnas persistens vid syfilis. Nord. med. ark. N. F. VII. 1. Nr. 2.

Hoppe-Seyler, G., Der neue Pavillon für vener. Frauen in Kiel. Ein Beitrag zur Frage d. zweckmässigen Unterbringung ders. in Krankenhäusern. Vjhrschr. f. öffentl. Geshpfl. XXIX. 2. p. 300.

Hutchinson, J., On the difficulties which occasionally occur in the diagnosis of syphilitic eruptions. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 291. March.

Jadassohn, Ueber d. Bedeutung d. Gonokokkenuntersuchung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 6. p. 181.

Jamieson, W. Allan, Syphilis from a clinical point of view. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. 4. p. 237. 375. March, April.

Jullien, Chancres bilatéraux des amygdales. Ann. de Dermatol. et de Syph. VIII. 3. p. 275.

Justus, Jacques, Ueber luetische Veränderungen. Ungar. med. Presse II. 15.

Krefting, Rudolf, Ueber virulente Bubonen u. d. Ulcus-molle-Bacillus. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 1. p. 51.

Lahbée, Marcel, Syphilis héréditaire précoce; pseudo-paralysie; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 3. p. 106. Janv.

Lagrange, Félix, Un cas de syphilis maligne; périostite aiguë du sommet de l'orbite. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 1. p. 393. Janv.

Moty, F., Syphilis ignorée et syphilis céphalique primitive. Echo méd. I. 11.

Munn, William P., Excision of the primary lesion of syphilis. Med. News LXX. 14. p. 430. April.

Neisser, A., Syphilisbehandlung u. Balneotherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 16. 17.

Piok, Carl, Beitrag zur hydriat. Behandl. d. constitutionellen Syphilis. Fortschr. d. Hydrother. p. 161.

Richter, Paul, Langdauernde Incubation bei Blennorrhöe. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 3. p. 156.

Róna, Samuel, Ueber das gonorrhoische Fieber. Ungar. med. Presse II. 11.

Vierordt, Hermann, Notiz über angebl. Syphilis im Mittelalter. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 251.

Syphilis communiquée par un enfant à sa nourrice. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 3. p. 294. Mars.

Weiss, L., u. W. Klingelhöffer, Ueber Arthritis nach Conjunctivitis blennorrhoica. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 71. März.

Werner, Siegmund, Ueber d. Sterblichkeit u. d. Häufigkeit d. sekundären Syphilis b. d. Kindern d. Prostituirten. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 5. p. 244.

S. a. II. Gasne, Misiewicz. III. Hauchecorne, Stanziale, Steinschneider. IV. 4. Etienne, Stengel; 8. Brauer, Demicheri, Gasne, Hermanides, Mennicke, Montgomery, O'Neill, Sachs, Sievers; 10. Campana, Cantrell. V. 2. c. Richo; 2. d. Róna. VI. Marfan, Rasch. VIII. Werner. X. Gergens, Gessner, Hilbert, Ohlemann, Valude. XI. Crookett, Napier. XIII. 2. Byles, Howland, Lukasiewicz. XV. *Prostitution.*

12) *Parasiten beim Menschen.*

Bensley, R. R., Two forms of distomum cygnoides. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 8 u. 9.

Brooks, Henry T., A case of distomum haematobium (Bilharzia haematobia). New York med. Record LI. 14. p. 492. April.

Cerfontaine, Paul, A propos d'une note de M. *Askanazy* sur la trichinose. Nebst Berichtigung von *Askanazy*. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 10.

Kahlden, C. von, Ueber Wucherungsvorgänge am Ependymepithel h. Gegenwart von Cysticerken. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXI. 2. p. 297.

Miura, K., u. F. Yamazaki, Ueber Taenia nana. Mittheil. d. med. Fakultät d. kais. japan. Univers. zu Tokio III. 3. p. 239. 1896.

Parsons, Alfred R., Trichinosis. Dubl. Journ. CIII. p. 341. April.

Rátz, Stefan von, Ein neuer Bandwurm der Katze. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 11 u. 12.

Young, C. W., Filariosis; lymph scrotum and varicose groin glands. Brit. med. Journ. April 24.

S. a. III. Mac Callum. IV. 3. Eberson; 5. Barbagallo; 7. Lecoeur, Morestin; 8. Kratter. V. 2. c. Leleux, Parker, Reinhold; 2. e. Vanverts. X. Fruginele. XVIII. Opie, Springer.

V. Chirurgie.

1) *Allgemeine chirurg. Pathologie u. Therapie, Operations- u. Verbandlehre.*

Abbot, Samuel L., Recollections of surgery before the use of anesthetics. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 7. Jan.

Angelini, Arnaldo, Contributo alla sutura dei tendini e dei nervi. Gazz. degli Osped. XVIII. 25.

Bardeleben, A. von, Zur Behandlung von Verbrennungen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. Beil.

Bart, Arthur, Nochmals zur Frage d. Vitalität replantirter Knochenstücke. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 471.

Barthe, L., Sur la stérilisation des objets de pansement en général et sur celle du catgut en particulier. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 261. Avril.

Beach, H. H. A., The surgical record of the Massachusetts General Hospital before 1846. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 10. Jan.

Beiträge zur klin. Chirurgie, red. von *P. Bruns.* XVIII. 1. Tübingen. H. Laupp. Gr. 8. 322 S. mit 6 Taf. u. Abbild. im Text.

Bemis, C. V., Personal recollections of the introduction of anesthesia. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 8. Jan.

Bergmann, Georg von, Ueber Frakturen u. ihre Behandlung. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 14.

Berthier, A., et C. Sieur, Contribution à l'étude des corps étrangers fibreux des articulations. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 77. Janv.

Beuttner, Oscar, *A. Reverdin's* Suspensions-Vorrichtungen auf chirurg. Gebiete. Wien. med. Presse XXXVIII. 10.

Bayer, J. L., Silbergaze als Verbandstoff. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 8.

Bogatsch, Ueber d. Ausgleichung schwerer Unfallsfolgen durch d. Gewöhnung. Mittheil. d. Inst. zur Behandl. von Unfallverl. in Breslau p. 8.

Braatz, Egbert, Eine Verbesserung d. metallenen Messergriffe. Aerztl. Polytechn. 2.

Braatz, Egbert, Ueber d. Offenerhalten von operirten Abscessen durch Drahthaken. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 16.

Braun, Ueber Infiltrationsanästhesie u. regionäre Cocainanästhesie. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 17.

Brewer, George Emerson, and Philip Hanson Hiss, Operative surgery at the City Hospital with a completed report on the study of wound infection. New York med. Record LI. 11. p. 365. March.

Brednitz, Zur Nachbehandlung geheilter Brandwunden. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 327. 1896.

Bruck, Alfred, Ueber einen seltenen Fall von Erkrankung der Knochen u. Gelenke. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10.

Bum, Anton, Die Bedeutung d. Initialbehandl. f. d. Schicksal d. Unfallverletzten. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 303. 1896.

Buxton, Dudley, A question for anaesthetists. Lancet March 20. p. 840.

Campana, Trapiantazioni cutanee. Rif. med. XIII. 74.

Chipault, A., Les lésions trophiques des bourses

séreuses et des synoviales tendinonses. Arch. de Sc. med. II. 1. p. 20. Janv.

Chipault et A. Londo, Des applications de la radiographie à la chirurgie du système nervoux. Gaz. des Hôp. 19.

Congress der deutschen Gesellschaft f. Chirurgie vom 21.—24. April. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 17. — Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. Beil. — Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Congress d. italien. Gesellsch. f. Chirurgie in Rom. Wien. med. Presse XXXVIII. 16. 17.

Cetting, Benjamin Eddy, A bit of professional reminiscence etherwise and otherwise. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 1. Jan.

Cryer, Matthew H., The surgical engine and its use in bone surgery. Med. News LXX. 5. p. 129. Jan.

Dumstrey, F., Ueber die Bedeutung d. *Röntgen*-Untersuchung f. d. Unfallheilkunde. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 11. p. 353. 1896.

Eve, Frederic, Remarks on chronic lymphadenoma, with illustrative cases. Brit. med. Journ. March 6.

Ewald, Karl, Ein chirurg. interessanter Fall von Myelom. Wien. klin. Wchnschr. X. 7.

Ewald, Karl, Beitrag zur Heteroplastik. Wien. klin. Wchnschr. X. 12.

Féré, Ch., Notes sur des entorses symptomatiques (entorses par hypotonie). Revue de Chir. XVII. 1. p. 39.

Frakturen s. I. *Destot*. IV. 4. *Kaempffer*. V. 1. *Bergmann, Goldstein, Schröter, Woolsey*; 2. a. *Blanc, Denker, Devereux, Durrieux, Love, Morgan, van Nes, Slomann, Weir*; 2. b. *Berkhoff, Durrieux, Poller, Rivet, Stolper*; 2. c. *Laue, Liell, Thiem*; 2. e. *Bastianelli, Cestan, Don, Edgar, Fiske, Gibb, Griffiths, Guinard, Keim, Kramer, Loew, Lucas, Margrave, Naumann, Roberts, Spencer, Taft, Wörner*. VIII. *Griffith*. XVIII. *Vennerholm*.

Frans, J., Ueber d. Werth d. *Röntgen*-Photographie b. d. Diagnose von Verletzungen. Mittheil. d. Inst. f. Unfallvorl. in Breslau p. 18.

Fremdkörper s. III. *Denig*. IV. 3. *Archer*; 5. *Eames, Franken, Graff, Pitois*. V. 2. a. *Bull, Bunce, Hochenegg, Marmasse, Péan, Schüller, Williams*; 2. d. *Goldberg*; 2. c. *Adenot, Dartigues, Morris, Péraire, Perry*. VI. *Fabre, Liebmann, Wichert*. X. *Archer, Bentzen, Dahlfeld, Dunn, Fischer, Hirschberg, Meade, Ring, Stöcer, Williams*. XI. *Fulton, Hummel, Ingals, Pochon, Rothenaicher, Tsakyroglous, Winner*.

Frons, E., Ueber eiterige Gelenkentzündungen im Verlaufe d. Meningitis cerebrospinalis epidomica. Wien. klin. Wchnschr. X. 15.

Fürbringer u. Freyhan, Neue Untersuchungen zur Desinfektion d. Hände. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6.

Gallonps, Isaac F., Personal recollections of the first use of anesthetics. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 8. Jan.

Georgiowsky, N., Warme Compressen mit Soda b. Phlegmonen. Wratsch 6. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Gerhardi, Zur Infiltrationsanästhesie nach *Schleich*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Gibney, V. P., The treatment by snporheaded dry air of stiff and painful joints, including the rheumatic and tuberculous. New York med. Record LII. 4. p. 109. Jan.

Göbel, Osteomalacie mittels *Röntgen*-Strahlen zu diagnosticiren. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Goldstein, L., Arthropathia tabica u. spontane Fraktur. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 299. 1896.

Goldthwait, Joel E., The treatment of disabled joints resulting from the so-called rheumatoid diseases. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 4. p. 79. Jan.

Griffiths, Joseph, The varieties of ankylosis by bone in different parts of the skeleton. Journ. of Pathol. IV. 3. p. 303.

Gubareff, A. von, Ueber Nähmaterialien u. deren Auswahl f. chirurg. u. gynäkol. Zwecke. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 213.

Haegler-Passavant, C., Ueber d. Metallnaht mit Aluminiumbronce u. über eine leicht zu sterilisirende Nahtbüchse. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 7.

Handek, Max, Was vermag die *Hessing*'sche Apparatotherapie zu leisten? Wien. klin. Rundschau XI. 14. 15.

Heimann, Georg, Die im J. 1894 in den Heilanstalten in Preussen ausgeführten Operationen. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 223.

Jahresbericht über die Fortschritte auf d. Gebiete d. Chirurgie, herausgeg. von *Hildebrand*. I. Jahrg. Bericht über d. J. 1895. Wiesbaden 1896. J. F. Bergmann. Gr. 8. XVI u. 1315 S.

Jameson, Thomas, When symptoms are absent. Montreal med. Journ. Jan.

Jansson, C., En ny metod för behandling af den kirurgiska tuberkulosen. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. S. 86.

Ingalls, William, Recollections of surgery before the use of anesthetics. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 5. Jan.

Joachimsthal, Ueber den Werth der *Röntgen*-Bilder f. d. Chirurgie. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 65.

Kaijser, Fritz, Bidrag till kännedemon em serösa artriter beroende på staphylomycosis. Hygiea LIX. 2. s. 157.

Kann, Georg, Neuere Arbeiten auf dem Gebiete der orthopäd. Therapie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. Beil.

Klemm, Paul, Zur Casuistik d. Gefässverletzungen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Knochen- u. Gelenkkrankheiten s. I. *Hofmann*. III. *Bertschinger, Heyse, Morgan, Roger*. IV. 2. *Bunce*; 7. *Edgar, Podzahradsky*; 8. *Djelalian, Lévi, Teleky, Tournier*; 9. *Senator*; 11. *Lagrange, Weiss*. V. 1. *Berthier, Bruck, Féré, Franz, Gibney, Göbel, Goldstein, Goldthwait, Griffiths, Kaijser, Lexer, Meslay, Neugebauer, Riegner, Swann*; 2. a. *Barr, Boross, Martens, Prym, Spira, Wyeth*; 2. b. *Chipault, Delcroix, Gibney, Heidenhain, Wolff*; 2. c. *Dalziel, Dartigues, Donaldson, Douty, Dupley, Guinard, Herbet, Holt, Keim, Kronacher, Lockwood, Maydl, Morestin, Niehans, Papillon, Paul, Samfirescu, Schilling, Schulten, Tebin, Turazza, Vanverts, Walther*. VI. *Bernhart, Flatau*. VIII. *Griffith, Meslay*. XI. *Eitelberg, Habermann*. XIII. 2. *Armstrong, Philpots*.

Köhler, Rudolph, Zur Theorie der Geschosswirkung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Kossmann, R., Zur Behandlung d. Catgut. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10.

Kutner, Robert, Ein Sterilisator f. d. prakt. Arzt. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. Beil.

de Lapersonne, Sur un cas d'infection des plaies chirurgicales par le bacille de *Loeffler*. Echo méd. I. 14.

Larrabee, Ralph C., The sterilization of catgut by boiling alcohol. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 4. p. 86. Jan.

Lovon, Zur Asepsis d. Bougies u. Katheter. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. Beil.

Levy-Dorn, Max, Verwerthbarkeit d. *Röntgen*-Strahlen in d. prakt. Medicin u. Chirurgie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Lexer, Erich, Die Aetiologie u. d. Mikroorganismen der akuten Osteomyelitis. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 173., Chir. 49.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 40 S. 75 Pf.

Lucas, R. Clement, A question for anaesthesists. Lancet Febr. 20. vgl. a. March 13., April 3. p. 768. 987.

Luxationen s. V. 1. *Seifert*; 2. c. *Bennett, Brunet, Choux, Edwards, Gärtner, Gibb, Kramer, Little, Lorenz, Rochet, Sutcliff*.

Majewski, Konrad, Ueber Formveränderungen

der 8 mm - Stahlmantelgeschosse im harten Erdreiche. Militärarzt XXXI. 4.

Majewski, Bronislaus, Zur Wundbehandlung. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 14.

Marous, R., Versuche über Elektro-Guajakol-Anästhesie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. Beil.

Maréchal, Note sur la conservation des instruments en acier. Gaz. des Hôp. 28.

Markoe, T. M., Recollections of surgery before the use of anesthatics. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 1. p. 2. Jan.

Marshall, Ewing, A series of falls occurring during the construction of one building [Verletzungen durch Sturz]. Amer. Pract. and News XXIII. 1. p. 5. Jan.

Mermet, P., Nouvelle aiguille à chas automobile. Gaz. des Hôp. 16.

Meslay, René, De l'ostéomalacie. Gaz. des Hôp. 33.

Meyer, George, Ein Verband- u. Instrumentenkasten zur ersten Versorgung u. zum weiteren Gebrauch f. Aerzte. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9.

Mittheilungen, wissenschaftl., d. Instituts zur Behandl. von Unfallverletzten in Breslau u. Jahresber. f. d. J. 1896. Breslau. Druck von Grass, Barth u. Co. (W. Friedrich). Lex.-8. 80 S. mit Abbild.

Morestin, H., Gangrène phéniquée. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 30. Janv.

Müller, Georg, Ueber d. Bedeutung d. Citronensäure f. d. Wundbehandlung. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 215.

Neugebauer, Friedrich, Zur Casuistik der Nekrotomie. Wien. klin. Wchnschr. X. 11.

van Niessen, Ueber Pflanzenfaserseife (Ubrigin). Ein Beitrag zur Desinfektion der operirenden Hände. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 16.

Noack, G., Erfahrungen über die *Schleich*'sche Infiltrations - Anästhesie. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Ollier, De l'ostéoplastie appliquée à l'occlusion des cavités osseuses accidentales. Revue de Chir. XVII. 4. p. 265.

Orlandi, Edmondo, Gelegentl. eines Artikels „über Eiterung durch keimfreies Catgut“ von Prof. Dr. *Poppert* (Deutsche med. Wchnschr. 48. 1896). Chir. Centr.-Bl. XXIV. 6.

Packard, Francis R., Scarlatiniform eruptions following operation or traumatism. Med. News LXX. 8. p. 234. Febr.

Patrén, Karl, Ein Fall von multiplen, symmetr., hereditären Lipomen. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 560.

Phocas, Ueber d. beste Art d. Chloroformanwendung. Nord med. 30. — Allg. med. Centr.-Ztg. LXVI. 32.

Randolph, R. L., Absolute alcohol as disinfectant for instruments. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 631.

Remy, Ch., Du traitement chirurgical des varices. Bull. de Thér. CXXXII. 6. p. 241. Mars 30.

Rhoads, Thomas Leidy, The technique of Prof. *Kean's* surgical clinic in the Jefferson med. College Hospital. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 156. March.

Riegner, O., Typ. Fall von Entwickelung tuberkulöser Entzündung eines vorher gesunden Gelenks im Anschluss an eine Verletzung. Mittheil. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 66.

Ross, D. Palmer, On some experiences of a colonial surgeon. [Chirurg. Casuistik.] Brit. med. Journ. April 24.

Salvati, V.; L. De Gaetano e L. Amicarelli, Applicazione dei raggi di *Roentgen* alla diagnostica chirurgica. Gazz. degli Osped. XVIII. 22.

Saul, E., Zur Catgutfrage. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5.

Schäffer, Catgutsterilisation. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 178.

Schleich, C. L., Schmerzlose Operationen. Oertl. Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten. Psychophysik d. natürl. u. künstl. Schlafes. 2. Aufl. Berlin. Julius Springer. Gr. 8. VIII u. 268 S. mit 32 Abbild. im Text.

Schou, Jens, *Schleich's* infiltrationsanästesi. Eira XXI. 5. s. 164.

Schröter, P., Einige Worte zur Sicherstellung d. Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 13.

af Schultén, Fall af mjälthrand. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 196.

Seegelken, Ueber multiples Myelom u. Stoffwechseluntersuchungen b. demselben. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 276.

Seiffert, Casuistisches aus dem Gebiete traumat. Luxationen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 108.

Silk, J. Frederick W., A question for anaesthetists: Pneumonia after surgical operation. Lancet March 20.

Stille, Max, Operationsbord för laparotomier och gynekologiska operationer. Hygiea LIX. 2. s. 290.

Swann, John M., A case of arthritis deformans. Univers. med. Mag. IX. 7. p. 507. April.

Symonds, Horatio P., Notes on one year's surgical work. Lancet April 17.

Talley, Frank W., A plea for greater cleanliness of surgeons and accoucheurs. Philad. Policlin. VI. 14. p. 142. April.

Terrier, L'enseignement de la médecine opératoire en 1896 à la faculté de médecine de Paris. Progrès méd. 3. S. V. 11.

Terrier, Félix, Statistique des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1896. Progrès méd. 3. S. V. 13. 14.

Thompson, Henry F., Regeneration of bone from periosteum. Medicine III. 3. p. 210. March.

Trzebicky, Rudolf, Zur Casuistik seltener Lokalisationen von Dermoidcysten. Wien. med. Wochenschr. XLVII. 10.

Tupper, Paul, and V. P. Blair, 2 practical wrinkles in through-and-through-drainage. New York med. Record LI. 12. p. 418. March.

Waring, A., Acute spreading gangrene associated with glycosuria; operation; recovery. Brit. med. Journ. April 3. p. 849.

Wair, Robert F., The extraction of too long retained silk and silkworm gut ligatures and sutures. Med. News LXX. 14. p. 428. April.

Woolsey, George, Massage in the treatment of fractures. Med. News LXX. 12. p. 353. March.

Worsley, R. Carmichael, A case of reunion of tendon nearly 5 years after its division, with good result. Brit. med. Journ. March 20.

S. a. III. Schnjeninoff. IV. 3. Cornil, Herbert, Reinert. XII. Frohmann, Lipschitz. XIII. 2. *Anaesthetica, Antiseptica, Haemostatica,* Briot, Cassedebat, Czerny, Fraesi, Lévai, Robert, Sprengel; 3. Davies. XV. Weir. XVI. Thiem. XVII. Boehr, Sherwell, Widenmann.

2) *Specielle Chirurgie.*

a) Kopf und Hals.

Äyräpää, Matti, Uusi orthopedisesti hoidettu satulanenä tapaus. [Neuer Fall von Sattelnase, orthopäd. behandelt.] Duodecim XIII. 1. s. 1.

Alexander, A., Die Schleimhautcysten d. Kieferhöhle. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5. p. 103.

Angelucci, Arnaldo, Un nuovo caso di edema della papilla per focolaio cerebellare o para-cerebellare, curato con craniectomia. Rif. med. XIII. 30.

Árkövy, J., Ueber Winterkrankheiten in d. stomatolog. Praxis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 40.

Baron, Barclay J., Transillumination in the diagnosis of empyema of the antrum of Highmore. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

Barozzi et Lesné, Cylindrome ayant débuté dans la region sous-maxillaire gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 266. Mars.

Barr, 2 temporal bones illustrating points of pathological and surgical interest. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 293. April.

Beach, H. H. A., Gold foil in cerebral surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 12. p. 281.

Beghie, Frank W., Case of trephining after injury of long standing; recovery. Brit. med. Journ. April 17. p. 974.

Bérard, Léon, Le traitement chirurgical des goîtres. Gaz. hebd. XLIV. 13.

Bergmann, A. von, Zur Casuistik d. Cephalhydrocele traumatica. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 8.

Blanc, Henri, Fracture de la base du crâne par balle de revolver; hémiplégie corticale avec aphasie; abcès du cerveau; trépanation; ouverture du foyer et extraction de la balle; mort par encéphalite diffuse. Arch. gen. p. 470. Avril.

Borosa, E., Ein durch Operation geheilter Fall von „Ankylostoma“ [Kieferankylose]. Ungar. med. Presse II. 7.

Boross, Ernst, 6 Fälle von Hals- u. Kehlkopfverletzungen. Ungar. med. Presse II. 9.

Bowen, D. B., Injury to brain; operation; recovery. Amer. Practit. and News XXIII. 2. p. 46. Jan.

Briau, Chondrome muqueux du nez. Lyon méd. LXXXIV. p. 559. Avril.

Broeckaert, Jules, De l'empyème du sinus maxillaire. Belg. méd. IV. 12. p. 358.

Bull, William T., and John B. Walker, A successful case of external oesophagotomy for tooth plate 22 months impacted in the oesophagus. New York med. Record LI. 10. p. 330. March.

Bunce, Philip D., Bullet located in the motor area of the brain with x-rays. New York med. Record LI. 16. p. 563. April.

Cabot, A. T., A case of bullet wound of the head. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 9. p. 208. March.

Campbell, Alexander Mackenzie, A case of noma. New York med. Record LI. 12. p. 419. March.

Chipault, A., De la cure opératoire de la phlébite otitique du sinus latéral. Gaz. des Hôp. 17.

Claisse, André, et Pierre Héresco, Kyste branchial mucoïde médian. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 1. p. 31. Janv.

Cox, Robert H., A new method for localising brain lesions. Brit. med. Journ. April 3.

Crile, George W., New technique for controlling hemorrhage in certain operations on the head and neck. Clevel. med. Gaz. XII. 5. p. 264. March.

Denker, Alfred, Ein Fall von Fraktur der vordern-untern Gehörgangswand durch Gewalteinwirkung auf den Unterkiefer. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 1. p. 31.

Devereux, W. C., Fracture of the base; extensive scalp wound; meningeal haemorrhage over right motor area and lesion in the left crusta. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 264.

Devic et Paul Courmont, Sur un cas de gliome cérébral; oedème de la papille; hémiplégie gauche; automatisme ambulatoire; accès de sommeil; trépanation. Revue de Méd. XVII. 4. p. 269.

Dollinger, J., Die subcutane Exstirpation d. tuberkulösen Lymphdrüsen d. Halses. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 610.

Dowd, Charles N., A report of a plastic operation for restoring the lower lip. New York med. Record LI. 8. p. 258. Febr.

Duncan, Eben., and A. Ernest Maylard, A case of successful removal of a large sarcoma of the brain. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 241. April.

Durrieux, Alcée, Fracture multiple du rocher et détachement de la portion écailleuse du temporal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 197. Févr.—Mars.

Ewald, Karl, Cylindrom d. Zunge. Wien. klin. Wchnschr. X. 14.

Ewald, Carl, 2 Fälle angeb. Geschwülste d. Gesichts. Wien. klin. Rundschau XI. 15.

Forrier, Considérations sur l'étiologie du goître épidémique. Revue de Méd. XVII. 2. p. 94.

Flanders, William G. E., Abscess of the mastoid extending along the course of the lateral sinus. New York med. Record LI. 16. p. 565. April.

Fock, L. C. E. E., Versuch einer rationellen Behandlung d. Kropfes (Struma). Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 24 S. mit 14 zinkogr. Abbild. 1 Mk.

Fronz, E., Die temporäre Tubage b. d. Tracheotomie. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 10.

Goebel, Carl, Ueber Kiefertumoren, deren Entstehung auf d. Zahnsystem zurückzuführen ist. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 3 u. 4.

Goldenstein, Appareils pour servir de charpente aux parties molles du nez dans les restaurations de cet organe, nécessitées par des destructions ayant porté principalement sur le squelette. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 259. Mars 9.

Grünwald, Erwiderung. [Zur Diagnose d. Kieferhöhleneiterung.] Mit Erwiderung von *Teichmann*. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 97. 99.

Guye, Een geval van Bezold'sche mastoïditis met pyämische temperaturen. Nederl. Weekbl. I. 11.

Halstead, A. E., Laryngectomy for laryngeal carcinoma. Medicine III. 3. p. 202. March.

Higgins, F. W., Cranical surgery. New York med. Record LI. 6. p. 188. Febr.

Hochenegg, J., Bemerkungen zu Prof. Dr. *Max Schüller's* Artikel: „Extraktion eines Knochenstückes aus d. Speiseröhre nach vorheriger *Röntgen*-Durchleuchtung.“ Nebst Erwiderung von *Schüller*. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 14.

Jonnesco, Th., La résection totale et bilatérale du sympathique cervical (traitement du goître exophthalmique). Ann. d'Oculist. CXVII. 3. p. 161. Mars.

Kofman, S., Drainrohr als Trachealkanüle. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 14. p. 415.

Lanenstein, Carl, Erfolgreiche Operation einer Speichelfistel in Folge querer Durchtrennung d. Ductus Stenonianus in d. Pars masseterica. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 15. p. 446.

Le Dentu, Note sur 40 cas de divisions acquises ou congénitales du palais traités par la staphylorraphie, l'urano-staphylorraphie et l'opération du bec-de-lièvre. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 270. Mars 9. — Gaz. des Hôp. 37. 38.

Lichtwitz, L., et J. Sabrazès, Guérison par le traitement thyroïdien, d'un goître plongeant à la veille d'être opéré. Gaz. hebd. XLIV. 18.

Love, J. Kerr, Internal squint, the result of fracture of the base of the skull. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 135. Febr.

Luc, Observation de méningite aiguë consécutive à l'extirpation d'un sarcome fuso-cellulaire du sinus frontal, et guérie par l'ouverture du crâne et le lavage de la piemère cérébrale. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 9. p. 240. Mars 3.

Lympius, M., Struma accessoria d. Zungenbasis; Exstirpation; Heilung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 451.

Mackenzie, G. Hunter, Case of papillomata of the larynx in a child; recovery after tracheotomy. Lancet Febr. 13. p. 443.

Marchant, Gérard, et Henri Herbet, De la résection du ganglion de Gasser dans les névralgies faciales rebelles. Revue de Chir. XVII. 4. p. 287.

Marion, Georges, Du sarcome de la langue. Revue de Chir. XVII. 3. p. 193.

Marmasse, R., Corps étranger des voies aériennes;

trachéotomie; expulsion du corps étranger; bronchopneumonie; mort. Revue d'Obstétr. X. p. 80. Mars.

Martens, Max, Zur Kenntniss d. bösartigen Oberkiefergeschwülste u. ihrer operativen Behandlung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 483.

Martin, Edouard, Un cas de noma guéri. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 311.

Monro, T. K., Injury of both brachial plexuses. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 93. Febr.

Morgan, John H., Case of fracture of the anterior fossa followed by hemianopsia. Lancet April. 3. p. 955.

Morton, Charles A., A case in which the tonsil, floor of mouth and half of the tongue were removed by external pharyngotomy for epithelioma. Brit. med. Journ. March 27.

Moure, E. J., Sur 34 cas d'ouverture de l'antre mastoïdien, dont 16 avec ouverture large de la caisse et de ses annexes. Arch. clin. de Bord. VI. 2. 3. p. 51. 99. Févr., Mars.

van Nes, Ueber Schädelbasisbrüche. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 593.

Newbolt, G. P., A case of traumatic epilepsy; trephining; improvement. Lancet Febr. 13. p. 444.

Newman, Epithelioma of the left tonsil removed by lateral pharyngotomy and by division of the jaw in front of its angle. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 137. Febr.

Newman, Disease of the mastoid and squamous portions of the temporal bone. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 292. April.

Newman, Septic thrombosis with opening of the lateral sinus. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 296. April.

Ombrédanne et Keim, Angine de Ludwig. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 41. Janv.

Pauly, R., Du torticollis spasmodique. Revue de Méd. XVII. 2. p. 130.

Péan, Radiographie d'une balle située dans le rocher. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 286. Mars 9.

Péan, Corps étrangers de l'oesophage. Bull. de l'Acad. XXXVII. 15. p. 427. April 13.

Pottar, E. Furniss, Transillumination in the diagnosis of empyema of the antrum of Highmore. Brit. med. Journ. March 13. p. 652.

Prym, Oscar, Zur Casuistik d. gutartigen, centralen Epithelialgeschwülste der Kieferknochen. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 93.

Quervain, F. de, Des abcès du cou consécutifs à l'otite moyenne. Semaine méd. XVII. 18.

Rasumowsky, W. J., Die Operation d. Nasenrachenpolypen mit vorhergehender Tracheotomie. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 364.

Robson, A. W. Mayo, Mastoid suppuration followed by lateral sinus pyaemia, treated by partial excision of the sinus and ligature of the internal jugular vein in the neck. Lancet Febr. 6.

Rolleston, H. D., A case of tumour growing from the basilar process of the occipital bone and compressing the medulla and pons; necropsy. Lancet March 27. p. 879.

Rossolimo, G., Ueber Resultate d. Trepanation b. Hirntumoren. 1. Cystogliosarkom. 2. Angioma cavernosum. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 528.

Sacchi, Ercole, Sopra un caso di estirpazione totale della laringe per carcinoma. Policlin. IV. 3. p. 49.

Schüller, Max, Extraktion eines Knochenstücks aus d. Speiseröhre nach vorheriger *Röntgen*-Durchleuchtung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13.

Schultén, M. W. af, Operation med lycklig utgång af en hjärnabscess efter suppurativ otit, jämte anmärkningar om dennas förekommas diagnos och behandling. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 2. s. 294.

Sabileau, Traitement des adénopathies tuberculeuses de la région cervicale. Gaz. de Par. 7. S.

Seiss, Ralph W., The conservative treatment of mastoid suppuration. Univers. med. Mag. IX. 7. p. 501. April.

Sevestre, Parallèle entre la trachéotomie et le tubage dans le croup. Progrès méd. 3. S. V. 6. — Bull. de Thér. CXXXII. 3. p. 113. Févr. 15.

Slomann, H. C., a) Afbrydning af Ansigtsskelettet fra Basis cranii. — b) Resektion af Ductus Stenonianus ved Exstirpationen af et Carcinom; Indsyning af den centrale Stump i Kindens Slemhinde; Helbredelse uden Spytfistel. Hosp.-Tid. 4. R. V. 12.

Soldowitsch, J., Ein Fall von Struma accessoria baseos linguae; Entstehung eines Myxödems nach Entfernung derselben. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 17.

Spear, David Dana, A bullet wound of the brain. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 9. p. 208. March.

Spira, R., Ueber eine unter d. Bilde d. Trigeminusneuralgie latent verlaufende centrale Osteitis proc. mastoidei. Wien. klin. Rundschau XI. 17.

Stewart, W. R. H., Cases of disease of the thyroid gland. Brit. med. Journ. April 24. p. 1040.

Tailhefer, E., Variété très-rare de thyroïdite chronique. Gaz. hebd. XLIV. 13.

Thomas, Frank Wister, Diseases of the frontal sinuses and their treatment. Med. News LXX. 10. p. 294. March.

Vignard, Traitement du goître exophthalmique par la section double du sympathique cervical. Gaz. hebd. XLIV. 20.

Villard, Trépanation pour phlébo-sinusite. Lyon méd. LXXXIV. 5 u. 6. p. 448. Mars.

Walton, George L., and W. A. Brooks, Observations on brain surgery suggested by a case of multiple cerebral hemorrhage. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 13. p. 301. April.

Weil, Moriz, Zur Pathologie u. Therapie d. Eiterungen d. Nasennebenhöhlen, insbes. d. Kieferhöhlen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 16. 17.

Weir, Robert F., On the replacement of a depressed fracture of the malar bone. New York med. Record LI. 10. p. 335. March.

Wheeler, W. J., 61 cases of partial and complete excision of the tongue. Dubl. Journ. CIII. p. 281. 343. April.

Whitledge, G. A., Abscess of the mastoid. Amer. Pract. and News XXIII. 3. p. 93. Febr.

Wilkin, Griffith C., Trephining the frontal sinus. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 392.

Williams, Henry L., Success of the Vienna treatment in affecting the passage of a set of false teeth. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 1. p. 9. Jan.

Wolff, Ludwig, Fall von eitriger Sinus transversus-Thrombose mit Pyämie nach akuter Mittelohreiterung, durch Operation geheilt. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Woods, Robert H., A case of extirpation of the larynx for cancer. Dubl. Journ. CIII. p. 204. March.

Wyeth, John A., Disarticulation and Excision of the lower jaw entirely from within the mouth. New York med. Record LI. 12. p. 400. March.

Zeller, A., Beitrag zur osteoplast. Deckung von Schädeldefekten. Stuttg. med. Abhandl. p. 244.

S. a. II. Gley, Graser, Stewart, Streiff, Voogt. III. Bertschinger, Bloch, Guizzetti, Jores, Schmidt, Shattock. IV. 2. Watson, Weill; 5. Benham; 8. Körner; 11. Eudlitz, Fenwiok, Grön. IX. Fentem, Stevenson, Stolper. X. *Verletzungen u. Operationen am Auge.* XI. Eitelberg. XII. Kronfeld, Niemeyer, Partsch, Seligmann.

b) Wirbelsäule.

Berkhoff, C. J. B., Zur Beurtheilung d. Wirbelkörperbrüche am untern Abschnitt der Wirbelsäule. Inaug.-Diss. [Würzburg]. Leipzig. Druck von Aug. Pries. Gr. 8. 16 S. mit Abbild. — Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 1. p. 5.

Chipault, A., Les ligatures apophysaires (contribution à la thérapeutique des déviations vertébrales). Gaz. des Hôp. 21.

Chipault, A., Remarques sur le traitement des déviations vertébrales (scoliose et mal de Pott); réclamation de priorité relative au traitement des gibbosités pottiques par réduction en un temps sous chloroforme. Gaz. des Hôp. 46.

Deloroix, A., Traitement de la scoliose essentielle des adolescents; nouvel appareil de redressement. Presse méd. belge LIX. 9.

Durrioux, Alcée. Fractures multiples de la colonne vertébrale et des côtes, de cause indirecte (chûte sur les ischions). Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 198. Févr.—Mars.

Gibney, V. P., The diagnosis and treatment of Pott's disease of the spine in the adult. Med. News LXX. 8. p. 225. Febr.

Heidenhain, L., Erfahrungen über traumatische Wirbelentzündungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 3.

Hoffmann, Egon, Zur Behandl. d. beweglichen Skoliose. [Berl. Klinik Heft 106.] Berlin. Fischer's med. Buchhdlg. Gr. 8. 27 S. mit 3 Tafeln. 1 Mk. 20 Pf.

Jemma, Rocco, ed O. Bruno, Sul valore diagnostico e terapeutico della puntura lombare. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 551.

Lange, F., Die operative Behandlung d. Buckels nach *Calot*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16.

Loveland, B. C., A case of secondary cancer invading the liver, sternum and vertebrae with a growth in the spinal canal causing paralysis from pressure. New York med. Record LII. 4. p. 120. Jan.

Milo, J. Gerard, Bijdrage tot de skoliose-therapie. Nederl. Weekbl. I. 14.

Mya, Giuseppe, Sul valore diagnostico e curativo della puntura lombale. Settimana med. LI. 4. 5.

Ninni, Giovanni, Contributo allo studio delle lesioni violenti del midollo spinale; sindreme fenomenica di Brown-Sequard. Rif. med. XIII. 24.

Poller, L., Ueber Wirbelsäulebrüche u. deren Behandlung. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 289.

Postnikow, P. J., Osteoplast. Radikaloperation d. Spina bifida. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Regnault, Félix, Des variations morphologiques des apophyses épineuses dans les déviations vertébrales. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 181. Févr.—Mars.

Richer, Paul, Rapports de la station hanchée avec la scoliose dorsale primitive des adolescents. Nouv. Iconogr. de la Salp. X. 1. p. 12. Janv.—Févr.

Rivet, G., Fracture de la colonne vertébrale (chûte d'un étage); étranglement de l'intestin grêle entre les fragments principaux; rupture du rein droit; déchirure du foie. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 145. Févr.

Schanz, A., Zur Kenntniss d. Wirbelsäulendeformitäten nach Unfällen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 11. p. 361. 1896.

Schulthess, Ueber die häufigsten Formen der Skoliose. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3. p. 84.

Soave, Luigi, Enorma spina bifida; cura radicale con metodo osteoplastico; guarigione. Rif. med. XIII. 72.

Sorge, G., Laminectomia della quarta cervicale per lesione violenta. Rif. med. XIII. 37. 38. 39.

Stolper, P., Ueber Luxationen u. Frakturen der Halswirbelsäule. Allg. med. Centr.-Ztg. 9. 10.

Thomson, Arthur, The curves of the cervical part of the vertebral columna. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 530. May.

Wentworth, A. H., Lumbar puncture. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 5. p. 107. Febr.

S. a. II. Stevens, Trolard. IV. 2. Stoeltzner; 8. Chipault, Drewitt, Leutert, Ramhold, Thomason, Watts, Willard. VI. Krause.

c) Bauch, Brust und Becken.

Achard, Ch., et A. Broca, Bactériologie de 20 cas d'appendicite suppurée. Gaz. hebd. XLIV. 26.

Adami, J. George, On retroperitoneal and perirenal lipomata. Montreal med. Journ. Jan., Febr.

Åkerman, J., Ett fall af ventrikelkancer behandladt med cirkulär tarmresektion och implantation. Hygiea LIX. 3. Sv. läkaresällsk. förh. S. 5.

Auban, P., Longue plaie en séton, curviligne, de la paroi thoracique produite par une épée-baïonnette munie de son fourreau. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 144. Févr.

Auvray, Expériences de résection du foie pratiquées sur le foie du chien et sur le foie de l'homme. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 32. Janv.

Ball, Charles B., Remarks on intestinal anastomosis by means of a new pattern of decalcified bone ring. Brit. med. Journ. April 24.

Bantock, G. G., Ueber Wundbehandl. nach Laparotomien. Wien. klin. Rundschau XI. 17.

Barącz, Roman von, Zur Aetiologie d. Darmverschlusses nach d. Resektion u. totalen Ausschaltung d. Dickdarms u. d. Ileocoecum. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 13.

Basler, Bruchoperation, durch hohes Alter u. Lungenentzündung complicirt. Bad. ärztl. Mittheil. LI. 3.

Battle, William Henry, A contribution to the surgical treatment of diseases of the appendix vermiformis. Brit. med. Journ. April 17.

Bayer, Carl, Ein sehr einfaches Verfahren, einen gut schliessenden Anus praeternaturalis b. Colostomie herzustellen. Prag. med. Wchnschr. XXII. 8.

Berger, Paul, Ueber Unterleibsbrüche. Ergebnisse der Untersuchung von 10000 beobachteten Fällen. Autoris. Uebersetzung von *M. Steiner*. Berlin. S. Karger. Gr. 8. 228 S. 6 Mk.

Bergmann, A. von, Das multiloculäre Kystom d. Netzes. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 3.

Bergström, Otto, Kaksi gastro-enterostomia, yksi atresia anija, yksi inversio uteri-tapaus. [2 Fälle von Gastro-Enterostomie (Krebs d. Pylorus), einer von Atresia ani u. 1 von Inversio uteri.] Duodecim XIII. 1. s. 15.

Bier, Operationen wegen Darmtuberkulose. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7. p. 184.

Bodon, Karl, Ueber Nachbehandl. b. ventraler Laparotomie. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 152.

Bolognesi, A., La chirurgie pleuro-pulmonaire. Bull. de Thér. CXXXII. 2. p. 58. Janv. 30.

Borchgrevink, O., Ulcus ventriculi perforatum; Laparotomi. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. S. 66.

Botesco, Haralambie, Hernie diaphragmatique congénitale. Arch. des Sc. méd. II. 1. p. 77. Janv.

Branca, Albert, Lymphadenoma polypiforme du rectum. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 158. Janv.—Févr.

Brandenberg, Ueber Hernia epigastrica. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4.

Brandt, Zur Therapie d. Pneumothorax u. Empyems. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Brault, J., Cure radicale de la hernie inguinale. Gaz. des Hôp. 34. 40. 44.

Braun, H., Ein Fall von innerer Einklemmung nach Darmresektion mit Enteroanastomose. Chir. Centr.-Bl. XXIII. 8.

Broca, Du prolapsus du rectum chez l'enfant, et de son traitement. Revue d'Obstétr. X. p. 57. 83. Févr., Mars.

Budd, J. B., Operation for obstruction of the bowels. New York med. Record LI. 15. p. 528. April.

Ciuti, G., Storia di 2 casi nei quali venne adoperato il bottone del *Murphy*. Settimana med. LI. 8.

Clarke, J. St. Thomas, A case of perforated gastric ulcer; operation; recovery. Lancet March 20. p. 806.

Cornillon, J., Des rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines. Progrès méd. 3. S. V. 17.

Cripps, Harrison, 3 cases of intestinal anastomosis. Brit. med. Journ. March 27.

Dahlgren, Karl, Fall af diffus purulent peritonit efter gangränös appendicit; ovarialkystom; operation; helsa. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 274.

Dandridge, N. P., Transperitoneal ligation of the external iliac artery for femoral aneurysm, with subsequent dissection of the sac. Med. News LXX. 14. p. 430. April.

Delbet, Paul, Pseudarthrose bilatérale du premier arc chondro-costal. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 63. Janv.

Demons, Contribution à l'étude des contusions de l'abdomen. Gaz. des Hôp. 13.

Derocque, P., Contusion de l'abdomen; perforations de la première anse du jéjunum; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 249. Mars.

Dietel, Franz, Ueber Erfahrungen mit d. *Murphy*-knopf. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 14.

Doerfler, Hans, Beitrag zur Behandl. d. penetrirenden Bauchwunden. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 9. 10.

Düms, Ein Fall von Mastitis interstitialis b. Mann. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 328. 1896.

Elliot, Llewellyn, The suture-clamp operation for hemorrhoids. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 75. Febr.

Engström, Otto, Ueber Darmlähmung nach operativen Eingriffen in d. Bauchhöhle. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 399.

Ende, Phlegmon diffus périrectal et septicémie aiguë; accidents consécutifs à des excoriations des fesses. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 297. Avril.

Eurén, Axel, a) Cancer ventriculi cum stenosi pylori; gastroenterostomia posterior med *Murphy's* knapp; god utgång. — b) Ruptura ilei; peritonitis septica; laparotomi med sutur af tarmen, utspolning af buken och dränage; död. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 4. s. 279. 282.

Eve, Frederic, Carcinoma of the rectum; *Kraske's* operation; recovery. Lancet March 13. p. 736.

Ewald, Carl, Streifschuss d. Herzens mit tödtl. Ausgange nach 4 Wochen. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 11. p. 328.

Faitout, Cysto-épithélioma de la mamelle. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 214. Févr.—Mars.

Folet, Sténoses non cancéreuses du côlon descendant. Echo méd. I. 1.

Fowler, George Ryerson, Typical excision versus inversion of the vermiform appendix. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 152. Febr.

Fowler, George Ryerson, Prolapse, procidentia and invagination of the rectum. Med. News LXX. 9. p. 264. Febr.

Franklin, Melvin M., Gastrostomy for relief of malignant neoplasm of the esophagus, performed by the Ssabanejew Frank method. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 345. Febr.

Freund, Hermann W., Eine Mastitisepidemie. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 473.

Gabbi, Ugo, Un caso di peritonite tubercolare curato e guarito mediante la lavatura apneumatica del peritoneo secondo il metodo *Riva*. Rif. med. XIII. 60.

Gairdner, J. Francis R., Peritonitis in enteric fever with regard to surgical interference. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 77. Febr.

Gangolphe, Actinomycose de l'appendice iléocoecal. Lyon méd. LXXXIV. p. 53. Janv. 10.

Gangolphe, Cancer du rectum; extirpation après côlostomie préalable. Lyon méd. LXXXIV. p. 413. Mars.

Garampuzzi, Carlo, Sui coccetti dominanti nella cura operativa delle ernie inguinali. Policlinico IV. 3. p. 76.

Gay, George W., When to call a surgeon in appendicitis? Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 13. p. 297. April.

Gerota, D., Nach welchen Richtungen kann sich d. Brustkrebs weiter verbreiten? Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 280.

Godding, Charles, Penetrating gunshot-wound of the left chest, followed by pyo-haemothorax. Brit. med. Journ. March 27. p. 783.

Görtz, Sind Schenkelhernien analog d. Leistenbrüchen zu beurtheilen? Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 12. p. 395. 1896.

Greiffenhagen, W., Zur Technik d. Splenopexis u. Aetiologie d. Wandermilz. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 5.

Hartmann, Henri, Note à propos d'un cas de gastrostomie. Gaz. hebd. XLIV. 28.

Hawkins, Herbert P., Perforation of a gastric ulcer; operation; recovery. Brit. med. Journ. April 10. p. 914.

Heinricius, G., Ueber d. Cysten u. Pseudocysten d. Pankreas u. über ihre chirurg. Behandlung. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 389.

Hellier, Case of hydrocele of canal of Nuck. Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 459.

Heydenreich, Albert, L'exclusion de l'intestin. Semaine méd. XVII. 6.

Hutchinson, J., Cancer of both breasts; repeated operation during 12 years. Edinb. med. Journ. N. S. I. 5. p. 485. May.

Hutton, W. Menzies, The treatment of empyema by a valvular tube. Lancet Febr. 6.

Jacobson, Nathan, Tumors of the male breast. Med. News LXX. 5. p. 134. Jan.

Johnson, F. W., Deductions from hospital work in abdominal surgery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 3. p. 52. Jan.

Jones, Joseph, A case of aspiration of the pericardium; life prolonged 8 months. Lancet Jan. 30. p. 310.

Jonnesco, Th., De la splénectomie. Progrès méd. 3. S. V. 12.

Jonnesco, Thomas, Ein neues Verfahren der Radikalbehandlung d. Leistenhernien. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 12.

Kammerer, F., Unilateral and complete exclusion of the intestine for faecal fistula. New York med. Record LI. 8. p. 253. Febr.

Kilgore, Frank D., Rupture of diaphragme with protrusion of stomach into thoracic cavity. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 349. Febr.

Klemm, Paul, Eingeklemmte Hernie u. Lungeninfarkt. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 4.

Knaggs, R. Lawford, 2 cases of intussusception successfully treated by laparotomy; one presenting several unusual features. Lancet April 24.

Kornfeld, A., Traumat. Bauchbruch. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 115.

Kummer, E., Occlusion intestinale aiguë par étranglement herniaire; herniotomie; occlusion intestinale chronique par brides péritonéales; anastomose iléo-colique; nouvelle occlusion intestinale chronique; mort. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 3. p. 197. Mars.

Lambret, Kyste sébacé de la mamelle. Echo méd. I. 12.

Lane, Clayton A., A case of traumatic intrathoracic rupture of the trachea without fracture of the chest wall. Lancet March 6.

Lange, F., Die chirurg. Gesichtspunkte d. Gallensteinerkrankungen. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 1. p. 27. Jan. — Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 7. p. 29. Febr.

Laval, Sur l'urobilinurie consécutive à la contusion du foie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 117. Févr. 2.

Lejars, Félix, 2 opérations de gangrène pulmonaire. Gaz. hebd. XLIV. 16.

Lejars, Félix, Cholécystite et angiocholite infectieuses à coli-bacille; cholécystostomia; guérison. Gaz. hebd. XLIV. 24.

Leleux, Un cas de kyste hydatique de la mamelle. Echo méd. I. 15.

Lounandar, K. G., Ueber intraabdominale temporäre Compression d. Aorta oder eines ihrer grössten Zweige b. gewissen Becken- u. Bauchoperationen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 17.

Liell, Edward Nicholas, Excision of the coccyx for fracture and necrosis. Med. News LXX. 11. p. 332. March.

Link, Ignaz, Die im Garnisonsspitale Nr. 14 zu Lemberg ausgeführten ersten 30 Radikaloperationen freier Hernien nach *Bassini*. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 6. 7.

Lohingior, A. Stowart, A case of multiple costal resection. Med. News LXX. 9. p. 273. Febr.

Loewy, H., a) Nabelhruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte. — b) Leistenbruchband mit regulirbarer Glycerindruckpelotte. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 9.

Longo, Nicola, Un caso di laparotomia per forita del fegato. Rif. med. XIII. 61. 62.

Lothrop, Howard A., Hernia epigastrica. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 8. 9. p. 175. 200. Febr., March.

Luys, Georges, Cancer du rectum; propagation secondaire pleuro-pulmonaire; coexistence avec un fibrome utérin. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 142. Janv.—Févr.

M'Ardle, J. S., On acute intestinal obstruction. Dubl. Journ. CIII. p. 296. April.

Macbain, W., A case of suppurating appendicitis. Lancet Jan. 30. p. 309.

Mc Cosh, Andrew J., A case of pulsating empyema. New York med. Record LI. 5. p. 156. Jan.

Makara, Ludwig, Ueber eine neue Indikation d. Gastrojejunostomie. Wien. klin. Rundschau XI. 14. 15.

Makins, G. H., and S. G. Toller, Perforation of gastric ulcer; operation; recovery. Brit. med. Journ. April 10. p. 914.

Manley, Thomas H., Conditions which may simulate organic obstruction of the large intestine. New York med. Record LI. 12. p. 404. March.

Mantovano, Ascesso epatico operato, e successivamente apertosi nella pelvi renale. Rif. med. XIII. 34.

Maragliano, E., La diagnosi diretta dell'ernia diaframmatica. Gazz. degli Osped. XVIII. 19.

Maresch, Rudolf, Sektionsbefund nach mehr als vor 2 J. ausgeführter Pylorektomie. Prag. med. Wochenschr. XXII. 9.

Masterman, Ernest W. Gurney, A case of large congenital scrotal hernia; radical cure; recovery. Lancet March 27. p. 880.

Meek, H., Intussusception; a report of 2 cases with a plea for early operation. New York med. Record LI. 11. p. 374. March.

Moldon, Austin, 2 successful cases of tapping the pericardium. Dubl. Journ. CIII. p. 236. March.

Millar, R. Shalders, After-history of a case of pyloroplasty. Brit. med. Journ. April 10. p. 945.

Milton, H., Mediastinal surgery. Lancet March 27.

Moir, D. M., Hepatic fistula successfully closed after 16 months. Lancet April 24.

Molloy, Leonard, 3 cases illustrating the importance of a minor point in the anatomy of the femoral hernia. Lancet Febr. 27.

Monniar, L., Sarcome rétro-péritonéal inopérable du mésocolon simulant une tumeur du foie; mort; autopsie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 38. Janv.

Monod, Ch., et J. Vanverts, Du traitement chirurgical des péritonites par perforation dans la fièvre typhoide. Revue de Chir. XVII. 3. p. 169.

Morison, Rutherford, Appendicitis. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 266. March.

Morse, Thomas H., 3 cases of ruptured gastric ulcer treated by laparotomy, suture and washing out the peritonaeum. Brit. med. Journ. Febr. 13.

Newbolt, G. P., Case of femoral hernia in which the vermiform appendix was found in the sac; excision of sac and appendix; recovery. Brit. med. Journ. March 27. p. 781.

Newman, Gastrostomy performed for malignant stricture of the oesophagus. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 209. March.

O'Conor, J., Chylous cyst of mesentery; operation; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 13.

Oliver, Thomas, and Frederick Page, Notes on a successful case of pyloroplasty. Brit. med. Journ. April 3.

Parker, Wm. Rushton, Fatal traumatic rupture of hydatid of the liver. Brit. med. Journ. March 27. p. 781.

Peck, F. H., Cholecystenterostomy for malignant disease with unexpected restoration of function. New York med. Record LI. 15. p. 531. April.

Payrot, J. J., et H. Roger, Sur un cas d'abcès dysentérique du foie ne contenant que des amibes. Revue de Chir. XVII. 2. p. 89.

Pissavy et Guinard, Contusion de l'abdomen; déchirure du grand épiploon au niveau de son insertion à l'estomac; rupture de la veine rénale gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 61. Janv.

Platt, W. B., The radical cure of hernia by implanting a section of sterilized sponge. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 44. March.

Poppert, Peter, Ein Fall von Laparotomie wegen Invagination b. einem 8 Mon. alten Kinde. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16.

Porges, Robert, Beitrag zur Magenchirurgie. Wien. klin. Wchnschr. X. 13.

Power, D'Arcy, The Hunterian lectures on the pathology and surgery of intussusception. London. Off. of the Brit. med. Assoc. 8. 32 pp. — Lancet Febr. 13. 20. — Brit. med. Journ. Febr. 13. 20. 27.

Quénu, Etude clinique sur le cancer du rectum. Revue de Chir. XVII. 1. p. 1.

Ransohoff, Joseph, The radical cure of umbilical hernia by omphalectomy. New York med. Record LI. 5. p. 150. Jan.

Reichold jun., H., Ein Fall von Ileus, bedingt durch Echinococcus d. Leber. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Renton, J. Crawford, Excision of the caecum, with successful use of *Murphy's* button. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 139. Febr.

Rioha, Paul, Rétrécissement tuberculeux et rétrécissement syphilitique du rectum. Gaz. des Hôp. 17. 20.

Rider, Alonzo G., A case of malignant disease of the rectum; perforation; death; necropsy. Lancet Febr. 13. p. 443.

Roubiou, Tumeur du pylore; gastro-entérostomie; pylorectomie. Lyon méd. LXXXIV. p. 306. Févr.

Rovighi, Alberto, Contribuzione allo studio della epatite suppurativa e dell'ascesso subfrenico peripatico. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 643.

Schrader, Noch ein Fall von Exstirpation einer Lebergeschwulst. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Sobula, Beitrag zur Behandl. d. diffusen eitrigen Bauchfellentzündung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 443.

Sebileau, Pierre, Traitement de la hernie ombilicale. Gaz. de Par. 10. 11. 12.

Silcock, A. Quarry, Perforation of the stomach by chronic ulceration; peritonitis; laparotomy and suture of ulcer; recovery. Lancet April 24. p. 1147.

Sinigar, H., A case of strangulated obturator hernia. Brit. med. Journ. March 6. p. 587.

Slomann, H. C., Invaginatio ileo-coecalis acuta

Laparotomi og Desinvagination; Helbredelse. Hosp.-Tid. 4. R. V. 12.

Smith, J. Greig, A case of intestinal obstruction through a hole in the mesentery, associated with volvulus and haemorrhage into the abdominal cavity; operation; recovery. Brit. med. Journ. April 24.

Sonligoux, Coup de revolver dans la poitrine. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 36. Janv.

Southam, F. A., On recurring appendicitis and its treatment by removal of the vermiform appendix. Brit. med. Journ. April 17.

Stack, John Joseph, A case of impalement. Lancet March 20. p. 805.

Steinthal, Die Beurtheilung d. Leistenbrüche als Betriebsunfälle. Stuttg. med. Abhandl. p. 254.

Sternberg, Julius, Ueber d. Rectovaginalschnitt b. Mastdarmoperationen. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 11.

Stuart, Francis H., and J. C. Bierwirth, A case of imperforate anus; inguinal colotomy. Med. News LXX. 5. p. 143. Jan.

Terrier, F., et M. Auvray, Les traumatismes du foie et des voies biliaires. Revue de Chir. XVII. 1. p. 16.

Thiem, Eine seltene Art von Bruch d. Beckenschaufel. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 12. p. 393. 1896.

Tuffier, Note sur un point de diagnostic et de traitement chirurgicaux des néoplasmes du foie. Gaz. hebd. XLIV. 8.

Tuffier et Marchais, Des rétrécissements du pylore d'origine hépatique. Revue de Chir. XVII. 2. p. 100.

Valenta von Marchthurn, Alfred, Weitere 19 mittels Laparotomie behandelte Fälle von Bauchfelltuberkulose. Wien. klin. Wchnschr. X. 9.

Vanverts, J., Rupture du foie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 243. Mars.

Villard, 2 cas de gastro-entéro-anastomose avec le bouton de *Murphy*. Lyon méd. LXXXIV. p. 129. Janv. 24.

Walker, John B., Strangulated caecal hernia of 105 hours duration in a woman aged 67 years. New York med. Record LI. 7. p. 227. Febr.

Warren, J. Collins, The classification of benign tumors of the breast. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 3. p. 49. Jan.

Warren, J. Collins, 2 cases of laparotomy for acute intussusception. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 6. p. 125. Febr.

Weil, Plaie pénétrante de l'abdomen par coup d'épée-baïonnette Lebel; guérison. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 294. Avril.

Wiart, Pierre, Double perforation intestinale, au niveau d'une hernie étranglée, moins de 12 heures après le début de l'étranglement; taxis; péritonite; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 927. Déc. 1896.

Williams, Daniel H., Stab wound of the heart and pericardium; suture of the pericardium; recovery; patient alive 3 years afterward. New York med. Record LI. 13. p. 437. March.

Williams, John Mason, Treatment of hemorrhoids. Amer. Pract. and News XXIII. 5. p. 167. March.

Wins, Sténose non-cancéreuse de l'S iliaque. Echo méd. I. 10.

Wolff, Oscar, Ein Operationsverfahren b. ausgedehnter Beckencaries nach Coxitis; Exartikulation d. Oberschenkels mit d. dazugehörigen Beckenhälfte. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 7.

Wylie, W. Gill, Observations on abdominal surgery. New York med. Record LI. 7. p. 219. Febr.

S. a. III. Reineboth. IV. 2. Spencer; 4. Düms, Rosenfeld; 11. Deutsch, Hansteen, Krefting; 12. Young. V. 2. b. Durrieux, Loveland, Rivet; 2. d. Gibson; 2. e. Herbet. VI. *Operationen an d. weibl. Genitalien.* VII. *Geburtshülfliche Operationen,* Köstlin. XIII. 2. Bell. XVIII. Vennerholm.

d) Harnorgane und männl. Geschlechtsorgane.

Adenot, Pyonéphrose calculeuse; néphrectomie transpéritonéale; guérison. Lyon méd. LXXXIV. p. 52. Janv. 10.

Alessandri, Roberto, Sull'ablazione della vaginale del testicolo ed ablazione del cavo. Policlinico IV. 7. p. 145.

Allina, Beiträge zur operativen Behandl. d. Prostatahypertrophie. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 9. 10. 11. 12.

Association française d'urologie, première session. Revue de Chir. XVII. 2. p. 127.

Bangs, L. Bolton, Some clinical cases of disease of the testicle. Med. News LXX. 6. p. 161. Febr.

Bangs, L. Bolton, Stricture of the urethra in male children. New York med. Record LI. 15. p. 505. April.

Bazy, Pierre, De l'uréthro-cystoplastie. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 188. Mars.

Bazy, De l'hydronéphrose et de son traitement par urétéro-pyélo-néostomie. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 13. p. 360. Mars 30.

Bazy, P.; J. Escat et Chaillons, De la castration dans l'hypertrophie de la prostate. Arch. des Sc. méd. II. 1. p. 1. Janv.

Benzler, Ueber Unfruchtbarkeit nach doppelseit. Hodenentzündung. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 4. p. 161.

Bernay, Cystotomie sus-pubienne. Lyon méd. LXXXIV. p. 124. Janv. 24.

Bird, U. S., Gunshot wound of the kidney. New York med. Record LI. 15. p. 529. April.

Borelius, Jacques, Bidrag till den s. k. prostatahypertrofiens patologi och terapi. Hygiea LIX. 2. s. 223.

Brothers, A., Gangrene of the penis after ritual circumcision. New York med. Record LI. 5. p. 157. Jan.

Büdinger, Konrad, Zur Methodik der Nephropexie. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 12.

Carlier, V., De la ponction sus-pubienne dans la rétention aiguë d'urine. Echo méd. I. 8.

Cestan, Kyste mucoïde du gland. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 126. Janv.

Chabry, Pyélo-néphrite ascendante unilatérale tuberculeuse. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 75. Janv.

Cuff, Archibald, A case of pathological rupture of the bladder; operation; recovery. Lancet Febr. 6. p. 372.

Elliot, J. W., Nephro-ureterectomy; retroperitoneal exstirpation of the kidney with its ureter. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 8. p. 173. Febr.

Englisch, J., Zur Behandl. d. Harnverhaltung b. Prostatahypertrophie. [Wien. Klin. XXIII. 4; April.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. S. 89—114. 75 Pf.

Engström, Otto, Ueber Nephropexie. Ein Beitrag zur Behandl. d. Wanderniere. Nord. med. ark. N. F. VII. 1. Nr. 3.

Fenwick, E. Hurry, The value of the electric light cystoscope in lowering the mortality of nephrectomy. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Floderus, Björn, Kasuistik af 40 fall af prostatahypertrophi. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 5 och 6. s. 360.

Freudenberg, A., Die galvanokaust. Radikalbehandlung d. Prostatahypertrophie nach *Bottini*. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15.

Funke, Karl, Beitrag zur chirurg. Behandl. d. cyst. u. infektiösen Geschwülste d. Niere. Prag. med. Wchnschr. XXII. 7—11.

Gauthier, Fibrôme énorme des bourses. Lyon méd. LXXXIV. p. 489. Avril.

Gayet, G., Traitement de l'hydronéphrose par la retournement de la poche à l'extérieur. Lyon méd. LXXXIV. p. 543. Avril. — Gaz. de Par. 17.

Gibson, C. L., Personal experience in hernia of the bladder. New York med. Record LI. 12. p. 401. March.

Goldberg, Berthold, Ueber Fremdkörper der Harnröhre. Centr.-Bl. f. d. Krankh. d. Harn- u. Sexualorgane VIII. 3. p. 113.

Guérin, A., Formes curables de l'hypertrophie sénile de la prostate. Gaz. des Hôp. 46.

Guyon, J. C. Felix, Die Krankheiten d. Harnwege. Klin. Vorlesungen. Nach d. 3. französ. Auflage mit Erlaubniss d. Autors übersetzt u. bearb. von *Oscar Kraus* u. *Otto Zuckerkandl*. 1. Band. Wien. Alfred Hölder. Gr. 8. XIII u. 449 S. mit 12 Figg. im Texte u. 13 Tafeln. 10 Mk.

Johnston, George Ben, Splitting the kidney capsule for the relief of nephralgia. Med. News LXX. 5. p. 140. Jan.

Jonas, A. F., Retrograde catheterization in impermeable deep urethral strictures. New York med. Record LI. 6. p. 185. Febr.

Keegan, D. F., Notes on stone in the bladder. Lancet Jan. 30.

Keller, C., Ueber d. Einfluss akuter Traumen auf d. Entwicklung d. Wanderniere. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 101.

Koslowski, B., Ein Fall von Hodensack-Teratom. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 36.

Kutner, Robert, Beitrag zur Steinbehandlung. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13.

Lambret, O., De l'incision libératrice de la capsule propre du rein. Revue de Chir. XVII. 3. p. 243.

Lang, Eduard, Die therapeut. Verwerthung der Elektrolyse, insbes. b. Strikturen d. Harnröhre. Wien. klin. Wchnschr. X. 7.

Lavaux, J. M., Traitement de l'incontinence d'urine chez les calculeux, curieux et volumineux calculs vésicaux. Gaz. des Hôp. 16.

Lohnstein, H., Zur Technik der Cystoskopie. Mon.-Ber. üb. Krankh. d. Harn- u. Sexualorg. II. 1. p. 11.

Loumeau, E., Cancer du rein. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 1. p. 403. Janv.

Loumeau, E., Abcès urinaux et rétrécissement urétral. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 2. p. 430. Mars.

Melchior, Max, Cystitis og Bacterium coli. Ugeskr. f. Läger. 5. R. IV. 16. 17.

Neve, Ernest F., A case of renal irritation simulating calculus of the kidney, cured by nephrotomy. Lancet March 6. p. 664.

Newman, Nephrorrhaphy performed for cystic disease of right kidney. Glasgow med. Journ. XLVI. 3. p. 211. March.

Newman, Robert, Results of (chemical) electrolysis versus divulsion or cutting in the treatment of urethral strictures. New York med. Record LI. 13. p. 443. March.

Obalinski, A., Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 6. 7.

Parascandolo, Carlo, Contribuzione alla cura della ipertrofia della prostata. Settimana med. LI. 16.

Partsch, Eigenartige Verletzung d. Blase. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 2. p. 33.

Phélip, Du profit de la voie périnéale pour tailler les calculeux; taille en large appareil périnéal. Lyon méd. LXXXIV. p. 579. Avril.

Potarca, J., Un cas de tuberculose du pénis opéré. Arch. des Sc. méd. II. 1. p. 25. Janv.

Pozzi, S., Exstrophie de la vessie. Méd. infant. 4. p. 98.

Ricci, B., A proposito della resezione dei dotti deferenti nella disuria per ipertrofia della prostata. Gazz. degli Osped. XVIII. 41.

Roberts, W. O., Tuberculous epididymitis. Amer. Pract. and News XXIII. 1. p. 1. Jan.

Robson, A. W. Mayo, A case of suprapubic prostatectomy, with the subsequent history of the patient. Brit. med. Journ. Febr. 20.

Romm, Georg, Zur Casuistik u. Technik d. Sectio alta u. d. Blasennaht. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 3. p. 472.

Róna, Peter, Die Genese d. paraurethralen Gänge mit besond. Rücksicht auf d. gonorrhoische Erkrankung derselben. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 1. p. 27.

de Rouville, Examen d'une prostate hypertrophiée 35 jours après la castration double. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 34. Janv.

Schultz, K., Zur Behandlung d. akuten eitrigen Prostatitis. Wratsch 2. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Sebileau, Pierre, Traitement de la varicocèle. Gaz. de Par. 9.

Sebileau, Pierre, Traitement de l'hydrocèle vaginale. Gaz. de Par. 14.

Sortini, Salvatore, Contribuzione all'operazione della fimosi. Riforma med. XIII. 66.

Southam, F. A., On the radical cure of hydrocele by excision of the sac, with notes on 22 cases. Lancet March 20.

Stein, 50 Blasensteinoperationen. Stuttg. med. Abhandl. p. 281.

Stinson, J. Coplin, Another method of fixation of the kidney. New York med. Record LI. 16. p. 550. April.

Taylor, Mark R., A case of testicle strangulated at birth; castration; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 458.

Tietze, A., Zur operativen Behandlung d. angeb. Blasenspalte. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 1.

Tribondeau, Hydrocèle enkystée du cordon par bouchon herniaire. Arch. clin. de Bord. VI. 3. p. 135. Mars.

Turazza, Guido, Sopra 3 casi di vasectomia per ipertrofia prostatica. Gazz. degli Osped. XVIII. 40.

Voswinckel, Eugen, Dilatationsverweilkatheter mit zurückziehbarer Leitsonde. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 14. Beil.

Wagner, Paul, Neuere Beiträge zur Nierenchirurgie. Schmidt's Jahrbb. CCLIV. p. 81. 185.

Weber, Adolf, Steinbildung in beiden Nieren nach Sturz auf den Rücken. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 12.

Weck, Cystite du col avec orchite double et conjonctivite de nature goutteuse. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. p. 119. Févr.

White, J. William, Castration and Vasectomy in hypertrophy of the prostate. Univers. med. Mag. IX. 7. p. 469. April.

Zangemeister, W., Ueber chron. hämorrhag. Pariorchitis. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 77.

Zuckerkandl, O., Ueber die Verwendung des *Brenner*'schen Cystoskops zur Sondirung d. Harnleiters b. Manne. Wien. klin. Wchnschr. X. 16.

S. a. II. Black, Funke, Lenhossék, Misiewicz, Morro, Stieda, Wright. III. Stanziale. IV. 11. Campana; 12. Young. V. 1. Laven; 2. b. Rivet; 2. e. Morris. VI. Berger, Klien, Péan, Samter, Winter. XVI. Blasius. XVIII. Vannerholm.

e) Extremitäten.

Adenot, Corps étranger du pied; épreuve radiographique. Lyon méd. LXXXIV. p. 203. Févr. 7.

Annequin, Hémorrhagie des vaisseaux poplités survenue au cours d'un phlegmon; mort. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 206. Mars.

Arron, Traitement des panaris. Belg. méd. IV. 10. p. 291.

Bähr, Ferd., Zur Casuistik d. Daumenverletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 112.

Barwell, Richard, The various forms of talipes as depicted by X-rays. Lancet Jan. 30.

Bastianelli, Pietro, Sopra un caso di frattura dell'eminentia capitata dell'omero destro in individuo adulto in seguito a trauma. Settimana med. LI. 11. 12.

Beale, Peyton T. B., Re-excision of elbow after a lapse of 36 years. Lancet Jan. 30. p. 310.

Bennett, E. H., Dislocation of the clavicle backwards. Dubl. Journ. CIII. p. 151. Febr.

Brunet, P., Des luxations paralytiques de la hanche. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 1. p. 389. Janv.

Brunet, P., Pathogénie des luxations congénitales de la hanche. Ann. de la Policlin. de Bord. V. 2. p. 421. Mars.

Catterina, Attilio, La resezione del polso col mio metodo. Policlinico IV. 7. p. 185.

Ceetan, E., Le traitement des fractures du membre inférieur par les appareils dits ambulatoires. Gaz. des Hôp. 47.

Chipault, A., De la cure radicale du mal perforant par l'élongation des nerfs plantaires. Gaz. des Hôp. 41.

Choux, Ch., Un cas de luxation récidivante du ménisque interarticulaire interne du genou. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 136. Févr.

Coombs, Caroy, Perforating ulcer of the foot. Brit. med. Journ. March 13.

Coronat, L., La désarticulation coxo-fémorale. Arch. gén. p. 193. 308. 448. Févr.—Avril.

Courtillier, Léon, et Gustavo Durante, Contribution à la pathogénie du pied bot congénital. Gaz. hebd. XLIV. 23.

Dalziel, Excision of the scapula for sarcoma. Glasgow med. Journ. XLVIII. 2. p. 140. Febr.

Dartiguee, Application des rayons X dans un cas d'extraction d'aiguilles [du petit doigt]. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 91. Janv.

Dartiguee, Très volumineux ostéo-sarcome du fémur; désarticulation de la hanche; guérison. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 252. Mars.

Don, Alexander, The pathology of Coles's fracture. Brit. med. Journ. March 27. p. 797.

Donaldson, E., An affection of the first phalangeal joint of the hand. Lancet Febr. 6. p. 377.

Douty, E. H., Note on a case of resection of the radius for sarcoma. Lancet Febr. 6. p. 376.

Duplay, S., Sur une forme particulière d'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'épaule (carie sèche de l'épaule). Semaine méd. XVII. 11.

Edgar, C. J., Fracture of the scapula by muscular action alone. Montreal med. Journ. Febr.

Edwards, N. Fox, A case of dislocation of the outer end of the clavicle under the acromion process. Lancet Jan. 30. p. 311.

Féré, C., Note sur l'épicondylalgie. Revue de Méd. XVII. 2. p. 144.

Féré, Ch., Contribution à l'étude de la métatarsalgie (pied de Morton). Revue de Chir. XVII. 3. p. 222.

Fiske, James Porter, The ambulatory treatment of fractures of the leg. Med. News LXX. 7. p. 202. Febr.

Gärtner, O., Blutige Reposition einer frischen Talusluxation. Stuttg. med. Abhandl. p. 267.

Gibb, W. F., A case of simultaneous dislocation of both ends of the clavicle with fracture of the scapula. Lancet Febr. 6. p. 379.

Griffiths, Joseph, Spontaneous fracture of right tibia and fibula in a case of locomotor ataxia. Brit. med. Journ. April 24.

Guihé, Pseudarthrose du col du fémur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 255. Mars.

Guinard, Urbain, Arthrite déformante du genou droit; fracture ancienne de la diaphyse fémorale du même côté. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 44. Janv.

Heidenhain, L., Allerlei über d. Plattfuss u. seine Behandl. nebst Beschreibung einer neuen Plattfusseinlage. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 472.

Herbet, Henri, Arthrite scapulo-humérale consécutive à un cancer ulcéré du sein. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 920. Déc. 1896.

Heuston, Francis T., Left traumatic subclavio-axillary aneurysm cured by ligature of the 3th. stage of the subclavian artery. Brit. med. Journ. March 20.

Holt, J. J. H., A case of amputation [between the upper and middle third of the thigh] in middle age for albuminuria, following tuberculous knee; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 20.

Johnson, Raymond, Ligature of the superficial femoral artery for popliteal aneurysm. Lancet March 13. p. 772.

Keim et Dartiguee, Sarcomatose des fémurs; fracture symétrique spontanée; généralisation. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 66. Janv.

Kirsch, E., Hallux malleus (varus). Chir. Centr.-Bl. XXIV. 13.

König, Fr., Zur Entstehungsgeschichte der Verletzungen d. Streckapparates vom Kniegelenk. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 4. p. 145.

Kofmann, S., Ein 3. Fall von Pseudarthrose des Oberarms mit guter Funktion. Wien. med. Presse XXXVIII. 14.

Kramer, W., Ein Fall von complicirter Epiphysentrennung am Radius u. von complic. Luxation d. Vorderarms ders. Seite nach hinten. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 4. p. 109.

Kronacher, Casuistisches zur Heteroplastik. Einheilung eines Kalbsknochenstückes in einen Defekt der 1. Phalanx d. rechten Zeigefingers. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 16.

Küttner, H., Ueber Lupus der Finger u. Zehen. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 39.

Lahhé, Marcel, et Paul Ardouin, Pied-bot acquis myopathique. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 89. Janv.

Lejars, Félix, Ostéome du ligament rotulien. Gaz. hebd. XLIV. 15.

Liermann, Ueber d. erste Hülfe u. d. Transport h. schweren Verwundungen d. untern Extremität. Berlin. Mittler u. Sohn. 8. 26 S. mit 12 Abbild. im Text. 60 Pf.

Little, E. Muirhead, Luxation of a sesamoid bone of the great toe. Lancet March 13. p. 773.

Lockwood, C. B., A review of the operation for excision of the knee, together with an account of a new procedure: osteoplastic excision of the knee. Lancet March 13.

Loow, A., Condylenbrüche d. Kniegelenks. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 422.

Loew, A., Ueber Heilungsresultate von Unterschenkelbrüchen mit Bezug auf d. Unfallversicherungsgesetz. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 462.

Lorenz, Adolf, Zur congenitalen Luxation des Hüftgelenks. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6.

Lovett, R. W., The prevention of flat-foot and similar affections. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 9. p. 197. March.

Lucas-Championnière, Traitement des fractures de la clavicule par le massage sans mobilisation. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 14. p. 385. Avril 6.

Margrave, Malcolm, Treatment of fractures about the elbow-joint. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Mauclaire, Anévrysme de l'artère cubitale dans sa portion carpo-métacarpienne. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 208. Févr.—Mars.

Maydl, Karl, Coxa vara u. Arthritis deformans coxae. Wien. klin. Rundschau XI. 11. 12.

Mothuer, Die exakte Bestimmung von Verkürzungen d. unteren Extremität. Mittheil. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 60.

Morestin, H., Hygroma hématique prérotulien (hématocèle prérotulienne). Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. p. 149. Janv.—Févr.

Morris, Henry, Phimosis a cause of hip disease and talipes. Lancet Febr. 13. p. 479.

Morris, Henry, Bullet lodged behind the clavicle detected by the *Roentgen* rays, and causing symptoms of arterio-venous aneurysm. Lancet March 6. p. 662.

Naumann, G., Ett sällsynt fall af fraktur å astragalus. Hygiea LIX. 3. s. 341.

Nichols, Edward H., The pathology of congenital equino-varus. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 7. p. 150. Febr.

Niehaus, P., Zur Technik d. Arthrotomie, Arthrektomie u. Resektion am Kniegelenk. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 16.

Page, F., Popliteal aneurysm; ligature of the femoral artery; recovery. Lancet Febr. 27. p. 590.

Papillon, G. E., Ankylose de la hanche; mobilisation par un procédé inédit. Echo méd. I. 8.

Paul, F. T., Excision of the knee joint. Lancet March 20. p. 842.

Péraire, Maurice, Balle de revolver dans le cinquième métacarpien; ablation, après photographie par les rayons X. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 73. Janv.

Perry, Herbert B., Foreign body in the knee-joint located by means of the *Roentgen*-rays. Med. News LXX. 12. p. 368. March.

Plauchu, Un cas de macrodactylie. Lyon méd. LXXXIV. p. 372. Mars.

Riedinger, J., Ueber d. Entstehung d. Plattfusses, speciell des sogen. traumat. Plattfusses. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 320. 1896.

Riedinger, J., Die Mechanik d. Fussgewölbes als Grundlage d. Lehre von d. Fussdeformitäten. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 15.

Roberts, John B., A case of fracture of humerus requiring incision for reduction. Philad. Policlin. VI. 9. p. 91. Febr.

Roberts, John B., Fracture of the lower end of the radius with forward displacement. Philad. Policlin. VI. 16. p. 159. April.

Rochet, V., Traitement de la luxation congénitale unilatérale de la hanche par création d'une ankylose fémoro-iliaque en bonne position. Lyon méd. LXXXIV. p. 255. Févr.

Ross, S. J., Notes on a case of wound of the palmar arch necessitating ligature of the brachial artery. Lancet March 20. p. 805.

Samfireecu, Z., et H. Solomovici, Nouvelle opération ostéoplastique dans la région tibio-tarsienne (modification de l'opération *Pasquier-Le Fort*). Revue de Chir. XVII. 2. p. 122.

Schilling, F., Ein Fall von akuter jauchiger Kniegelenksentzündung in Folge von Lungenphthise. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Schubiger, Ferdinand, Ueber Sklerodaktylie. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 8. p. 397.

Schultén, Maximus Widekind af, Eine Methode, um Knochenhöhlen im Femur u. im Humerus durch plast. Operationen auszufüllen. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 328.

Sebileau, Pierre, Comment viennent les ulcères variqueux. Gaz. de Par. 6.

Siok, C., u. A. Saenger, Heilung einer in Folge traumat. Defektes bedingten Lähmung d. Radialis durch Vernähung d. peripherischen Endes dieses Nerven mit d. Medianus. Arch. f. klin. Chir. LIV. 2. p. 271.

Smith, Noble, 2 cases of deformity of the hand relieved by operation. Lancet Febr. 13.

Spencer, George W., The treatment of fracture of the clavicle by incision and suture. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 4. p. 445. April.

Staffel, Franz, Ueber Fingersteifigkeiten. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 316. 1896.

Stern, Carl, Ersatz einer exartikulirten Phalanx durch Osteoplastik. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 6.

Stevenson, W. F., and Whitehead, Note on a skiagraph of a case of fractured femur. Lancet March 20.

Stone, J. S., The treatment of flat-foot. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 25. Jan.

Stone, J. S., The cause of bowing of the left forearm in rachitic children. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 5. p. 108. Febr.

Sutcliff, Edward, Complete lateral dislocation of forearm. Lancet Febr. 27. p. 589.

Taft, Charles E., A case of spiral fracture of the tibia. Diagnosis by the X-rays. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 8. p. 181. Febr.

Tobin, R. F., Osteotomy of the femur as a treatment for tuberculous disease of the hip in its early stages. Brit. med. Journ. April 24.

Tarazza, Guido, Osteomielite infettiva della tibia sinistra; amputazione; emorragie ripetute della femorale; guarigione. Rif. med. XIII. 46.

Vauverts, Kyste hydatique de l'os iliac et du fémur. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 4. p. 130. Janv.—Févr.

Vauverts, J., Enchondrome de la phalange et de la phalangine du petit doigt. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 210. Févr.—Mars.

Vulpius, O., Zur Casuistik der Sehnentransplantation. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16.

Walther, Arthrite tuberculeuse du genou et méthode sclérogène. Semaine méd. XVII. 14.

Walz, Karl, Zum Mechanismus der subcutanen Zerreissungen d. Quadriceps, d. Patella u. d. Lig. patellae. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 430.

Wiener, Alex. C., Permanent ambulatory extension in surgery. Medicine III. 2. p. 108. Febr.

Wörner, Die Behandl. von Frakturen u. Gelenksentzündungen an d. untern Extremitäten mit d. Gehverband. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 10—13.

Zehnder, Ueber Schenkelhalsverbiegungen. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 9.

S. a. II. Doyon, Guldberg, Morestin, Müller. IV. 2. Blaker; 4. Kaempffer; 8. Eichhorst, Johannessen, Middleton, Monro, Pitres. V. 2. c. Wolff. XIII. 2. Nied. XVIII. Vennerholm.

VI. Gynäkologie.

Auvard, A., Praktisches Lehrbuch d. Gynäkologie. Autoris. deutsche Ausg. nach der 2. Aufl. d. Originals; von *R. Löwenhaupt*. Mit einführendem Vorwort von *Fritsch*. Abth. I. Leipzig. H. Barsdorf. Gr. 8. 299 S. mit Textabbild. u. 5 Chromotafeln. 3 Mk.

Beck, Gustav, Zur küustl. Erweiterung d. Cervix uteri mittels d. Dilatators von *Bossi*. Prag. med. Wochenschr. XXII. 13.

Berger, Paul, Fistule vésico-vaginale compliquée d'oblitération cicatricielle de l'orifice vésical de l'urèthre; guérison. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 177. Mars.

Bernhart, Ein Beitrag zur Osteomalaciefrage. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 15.

Beuttner, Oscar, Zur Technik der Einführung von Gaze in d. Uterus. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3.

Beuttner, Oscar, Anatom. Untersuchungen über d. *Alexander-Kocher*'sche Operation. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 238.

Biermer, R., 2 Fälle von Ovarialhernien. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 9.

Blaisdell, Frank, Removal of the ovaries in insanity. New York med. Record LI. 8. p. 265. Febr.

Bouffe et Saint-Blaise, Des hémorrhagies qui sont justiciables du traitement par l'eau chaude. Revue d'Obstétr. X. p. 65. Mars.

Bouilly, G., Des résultats thérapeutiques de l'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus.

Bull. de Thér. CXXXII. 4. 5. p. 145. 199. Févr. 28., Mars 15.

Bonrsier, André, Considérations snr la rupture intra-péritonéale des kystes colloides de l'ovaire à propos d'un cas de rupture avec ascite gélatineuse; ovariotomie; guérison. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 299. Avril.

Bröse, Uterus mit Adnexen per vaginam exstirpirt wegen chron. Peritonitis. Ztschr. f. Gebnrtsh. n. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 180.

Bröse, a) Vaginale Radikaloperation. — b) Castratio nterina. — c) Instrumente zu Vaginaloperationen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 539. 540. 541.

Burckhard, Georg, 50 Fälle von vaginaler Totalexstirpation des Uterus nach der *Doyen-Landau*'schen Methode. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 382.

Burrage, W. L., Congenital absence of nterus and vagina. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 3. p. 310. March.

Caruso, Francesco, Contributo olinico ed anatomo-patologico allo studio del sarcoma della vulva. (Atti della Soc. ital. di Ostetr. e Ginecol. II.) Roma 1896. Tip. dell'Unione cooper. editr. 8. 26 pp. con 2 tav.

Cholmogorow, S., Vagino- et Vesicofixationteri b. Senkung, Retroversio u. Retroflexio desselben. Wratsch 2. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Condamin, De l'ovariotomie vaginale. Lyon méd. LXXXIV. p. 366. Mars.

Conrty, Rosener et Mars, Du traitement chirurgical de l'étroitesse excessive de l'orifice externe de l'ntérus. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 318. Avril.

Cullen, Thomas S., Multilocular adeno-papillocystoma of the ovary. Amer. Journ. of Obstetr. XXXIV. 3. 1896.

Cullen, Thomas S., Adeno-myoma nteri diffnsum benignum. Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 133. 1896.

Cumston, Charles G., Hydrocele muliebris. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 12. p. 278. March.

Cumston, Charles Greene, The treatment of endometritis; abdominal hysteropexy. Med. News LXX. 15. p. 462. April.

Dale, Alfred G., The history and treatment of an interesting case of ovarian and nterine neoplasma. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 146. March.

Delannay, Fibrome sous-péritonéal pédioulé à pédicule tordu. Kyste de l'ovaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 907. Déc. 1897.

Doran, Alban, An unreported case of primary cancer of the Fallopian tubes in 1847, with notes on primary tubal cancer. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 322.

Doyle, E. A. Gaynes, Abdominal hysterectomy. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 393.

Duplan, Fibrome de l'ntérus. Lyon méd. LXXXIV. p. 237. Févr.

E., Anna, Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 9.

Edebohls, George M., Shortening the round ligaments. [Amer. gynecol. and obstetr. Journ. Dec. 1896.] 8. 59 pp.

Edwards, Joseph F., Nervous influence and diseases of women. New York med. Record LI. 13. p. 466. March.

Elischer, Julius, Zur Operation d. retroflektirten Uterus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 10.

Engström, Otto, Abdominal enucleation af myomer ur lifmoderkroppen. Finska läkaresällsk. XXXIX. 2. s. 236. — Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 336.

Ewald, Karl, Recidivirendes u. metastasirendes Teratom d. Ovarium. Wien. klin. Wchnschr. X. 10.

Fabre, Paul, Une épingle à cheveux dans le vagin d'une filliette de 4 ans; extraction. Gaz. de Par. 13.

Falk, Edmund, Fortschritte u. gegenwärt. Stand d. vaginalen Operationstechnik. Therap. Monatsh. XI. 3. 4. p. 147. 206.

Fehling, 100 Fälle vaginaler Ausrottung d. Gebärmutter. Stuttg. med. Abhandl. p. 452.

Feis, Oswald, Sammelbericht über neuere Arbeiten auf dem Gebiete der Genitaltuberkulose des Weibes. Mon.-Schr. f. Geburtsh. n. Gynäkol. V. 3. p. 249.

Fischer, F. F., Fibrom u. Dermoidcyste d. Ligam. rotundum; je 1 Fall. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 317.

Fischer, Isidor, Soor d. weibl. Genitales. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 15.

Flatau, S., Ein Fall schwerer, durch Castration geheilter Osteomalacie. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7.

Ford, Willis E., Gauze drainage in surgical gynecology. Med. News LXX. 9. p. 270. Febr.

Fesbery, W. Hubert S., Severe climacteric flushings, successfully treated by ovarian extract. Brit. med. Journ. April 24. p. 1039.

Frantzen, A., Zur Frage d. *Küstner*'schen suprasymphysären Kreuzschnitts b. Ventrofixation. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 17.

Funke, Zur totalen Uterusexstirpation per laparotomiam, speciell zur Beurtheilung d. Stellung d. Operation zur Myomotomie. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 133.

Gage, J. Arthur, Ruptured ovarian cyst; operation; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 3. p. 59. Jan.

Garry, T. Gerald, Treatment of myoma. Brit. med. Journ. March 6. p. 626.

Gellhorn, Georg, Zur Casuistik d. Hornkrebse d. Gebärmutterkörpers. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 430.

Gerich, Ottocar, Intra-uterine Kolpeuryse. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 6.

Gersuny, R., Eine Operation d. Cystocele vaginalis. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 7.

Goebel, Carl, Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uteri gestorbenen Frau. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 247.

Goelet, Augustin H., Improved technique of vaginal ligation of the uterine arteries for uterine fibromata. New York med. Record LI. 10. p. 338. March.

Gottschalk, Sigmund, Ueber d. Castrationsatrophie d. Gebärmutter. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 309.

Hahn, Johannes, Zur Bauchnaht. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 12.

Hegar, A., Operative Gynäkologie mit Einschluss d. gynäkolog. Untersuchungslehre. 4. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. X u. 923 S. mit 276 in d. Text gedr. Holzschn. 20 Mk.

Heinricius, G., De l'infection des kystes de l'ovaire. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 257. Avril.

Herbet, H., Varicocèle ntéro-ovarien. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 153. Févr. — Bull. de la Soc. anat. 5. S. X. 23. p. 912. Déc. 1896.

Herzl, Ludw., Die Hydrotherapie der Menstruationsstörungen im Alterthum u. heute. Fortschr. d. Hydrother. p. 221.

Johannessen, Axel, Sarcoma pelvis hos et 11 Maaneder gammelt Pigebarn. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 3. S. 285. — Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 114.

Jonnesco, Thomas, Ein neues Verfahren in d. Behandlung d. Retrodeviatio nteri (Retroflexio u. Retroversio): Cuneo-Hysterectomia anterior, combinirt mit intra-abdominaler Verkürzung d. Ligg. rotunda. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 11.

Josephson, C. D., Om behandlingen af fibromyom i nterus. Eira XXI. 3. 4. 6. 7.

Irish, John C., Ventro-suspension of the uterus. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 7. p. 149. Febr.

Kaarsberg, J., Lidt Kasuistik om Underlivssvulster fjernede per vaginam. Hosp.-Tid. 4. R. V. 13.

Kahlden, C. von, Ueber d. primäre Sarkom der Tuben. Beitr. z. pathol. Anat. u. allgem. Pathol. XXI. 2. p. 275.

Kalabin, J. Johann, Zur Frage über d. Behandl. d. Krebses mit „Chelidonio majore". Gynäkol. Centr.-Bl. XX. 11.

Kaufmann, S., Bemerkungen aus einem 6wöch. Curse an d. kön. Frauenklinik zu Dresden. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 3. 4. p. 48. 71.

Kehrer, Jahresbericht der Heidelberger Frauenklinik über d. Vorkommnisse d. J. 1896. Bad. ärztl. Mittheil. LI. 4.

Keller, Hermann, Die Menstruation u. ihre Bedeutung f. Kurproceduren. [Sond.-Abdr. a. d. deutschen Med.-Ztg.] 8. 15 S.

Kelly, Excision of a parovarian cyst without removal of its ovary or tube. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 50. March.

Keyes, James J., Vulvo-vaginal anus. New York med. Record LI. 14. p. 494. April.

Kiefer, Die Virulenzverhältnisse der eiterigen Adnexerkrankungen. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 182.

Kleinhans, Fritz, Ueber einen Fall von Haematometra lateralis mit Haematosalpinx. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 231.

Klien, R., 2 Fälle von Blasencervixfistel nebst Bemerkungen über d. Operation dieser Fisteln. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 222.

Kohlanok, Exstirpation eines Vulva-Carcinoms. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 520.

Koetschau, J., Ueber Elephantiasis vulvae. Münchener med. Wchnschr. XLIV. 13.

Kratzenstein, G., Die Dauererfolge der Ovariotomie b. malignen Ovarialtumoren. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. p. 61.

Krause, Ludwig, Prolapsus uteri completus bei einem neugeb. Kinde; Spina bifida. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 16.

Krekenberg, Richard, 2 neue Fälle von Adenoma malignum d. Cervixdrüsen. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 138.

Kumpf, F., Ueber d. Einfluss mechan. Reize auf d. Uterus d. Frau u. einschlägige Thierversuche. Wien. klin. Wchnschr. X. 5.

Lackie, J. Lamond, Retention of menstrual fluid in one half of a double uterus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 274. March.

Lapointe, A., Note sur un cas d'ovaro-salpingite bilatérale. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 75. Janv.

Lannay, P., et Wiart, 2 cas d'hernie inguinale congénitale de l'ovaire et de la trompe. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 78. Janv.

Lauwers, Résultats immédiats et définitifs de l'hystérectomie abdominale à pédicule rentré. Presse méd. Belge XLIX. 11.

Legueu, Félix, et Marien, Des éléments glandulaires dans les fibro-myômes de l'utérus. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 134. Févr.

Lowers, H. N., A case of double uterus with double haematometra and complete absence of the vagina. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 327.

Liebmann, C., Ein Fall von Fremdkörper im Ovarium. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 16.

Lincoln, Walter R., Concretions of lime salts in both tubes from a case of double salpingitis. Clevel. med. Gaz. XII. 5. p. 268. March.

Lindfors, A. O., och Artur Vestberg, Ett bidrag till det maligna deciduomets kasuistik och patologi. Upsala läkarefören. förh. N. F. II. 5 och 6. s. 293.

Lipinsky, 2 cas de fistules vésico-vaginales guéries par l'opération d'épisiodeisis avec fistule recto-vaginale artificielle. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 200. Mars.

Lönnberg, Ingolf, och Carl H. Mannheimer, Om de i anslutning till en graviditet uppkomna maligna, s. k. serotinala uterustumörerna. Nord. med. ark. N. F. VI. 6. Nr. 28.

Lucas, R. Clement, The question of the second ovary in ovariotomy. Lancet April 24. p. 1173.

Mackenrodt, Totalexstirpation d. Uterus. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 376.

Marfan, A. B., Etude sur la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 97. Mars. — Gaz. hebd. XLIV. 21.

Marfan, A. B., Complications de la vulvo-vaginite blennorrhagique des petites filles. Gaz. hebd. XLIV. 27.

Mauclaire, P., Considérations sur les moulages de 80 cavités utérines normales ou pathologiques. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 208. Mars.

Merttens, J., Beitrag zur Lehre von d. Dermoidcysten d. Ovarium mit besond. Berücksichtigung d. Zahnentwicklung in denselben. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 287.

Meyer, Joh., Zur Therapie d. Retroversio. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 11.

Meyer, Robert, Ueber Hämatosalpinx bei Verschlüssen doppelter Genitalien. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 310.

Mitchell, S. Weir; Charles K. Mills; Wharton Sinkler; F. X. Dercum; James Hendrie Lloyd; Barton Cooke Hirst; E. E. Montgomery; Charles P. Noble; George Erety Shoemaker; James Tyson; James M. Anders; Solomon Solis-Cohen; Arthur V. Meigs, The relation of nervous disorders in women to pelvic disease. Univers. med. Mag. IX. 6. p. 369—425. March.

Möricke, Kurze Skizze d. verschied. Methoden zur totalen Ausrottung d. krebsigen Gebärmutter, nebst einem nach *Schuchardt* operirten Falle. Stuttg. med. Abhandl. p. 438.

Müller, P., Ueber Prolapsoperationen bei älteren Individuen. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5. p. 142.

Neve, Ernest F., A case of uterine prolapse cured by ventrofixation. Brit. med. Journ. April 24. p. 1041.

Orlow, A., Eine ringförm. Stenose d. Vagina in ihrem unteren Drittel nach d. Entbindung. Wratsch 5. 7. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Pauchet, Victor, Hystérectomie vaginale et laparotomie pour lésions des annexes de l'utérus. Gaz. hebd. XLIV. 14.

Péan, Restauration anaplastique de l'urèthre, du vagin, de la vessie et du rectum. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 195. Mars. — Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 273. Mars 9.

Péan, Fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin; ablation par la voie pubio-vulvo-périnéo-vagino-sacrée de notre méthode de morcellement. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 283. Mars 9. — Gaz. des Hôp. 31.

Péan, Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum. Gaz. des Hôp. 34.

Pfeiffer, O. J., Abdominal hysterectomy complicated with double ovariotomy; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 6. p. 131. Febr.

Rasch, C., Ueber d. sogen. diphtheroide Form des vener. Geschwürs auf d. Cervix uteri. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXIX. 1. p. 17.

Reinicke, Ernst Alexander, Die Sklerose d. Uterinarterien u. d. klimakter. Blutungen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 340.

Roberts, C. Hubert, Notes of a case of primary epithelioma of vagina. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 381.

Rose, H., Ein neues Verfahren, b. d. Frau d. Urin beider Nieren gesondert aufzufangen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 5.

Rosenthal, Jacob von, Ein Fall von Ausschälung eines submukösen Myoms; Zerreissung d. Gebär-

mutterwand; Köliohysterektomie; Genesung. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 17.

Routh, Amand, An entirely detached uterine fibroid. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 388.

Ruge, Paul, Ueber Indikationen zur Myomotomie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 131.

Runge, Max, Das Weib in seiner Geschlechtsindividualität. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Samter, Oscar, Ueber complicirte u. besonders fixirte Blasenscheidenfisteln. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 175., Gynäkol. Nr. 64.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 18 S. mit eingedr. Holzschn. 75 Pf.

Schaeffer, Oskar, Pruritus, Vaginismus, einseit. Ovarie u. Hyperemesis gravidarum b. ders. Pat. in verschied. Lebensperioden. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 12.

Sohmey, Fedor, Zur Theorie d. Menstruation u. zur Behandlung einiger Menstruationsstörungen. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 93.

Schottlaender, J., Ueber Eierstockstuberkulose. Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. V u. 169 S. mit 4 lithogr. Tafeln. 9 Mk. — Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 321.

Schwartz, Ed., 3 observations de suppuration de kystes de l'ovaire. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 270. Avril.

Segond, Paul, Considérations sur la technique, les difficultés et les dangers de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes et de suppurations pelviennes. Progrès méd. 3. S. V. 7.

Seigneux, R. de, Une nouvelle table pour examens, massage et opérations gynécologiques. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 302. Avril.

Seymour, George, Hernia of a sarcomatous ovary. Med. News LXX. 8. p. 241. Febr.

Sheldon, S. E., Senile endometritis or senile metritis. Medicine III. 4. p. 295. April.

Simons, Mechan. Intrauterintherapie. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 7. p. 146.

Solé, Kyste gélatineux de l'ovaire; rupture spontanée dans la cavité péritonéale; laparotomie; guérison. Presse méd. XLIX. 15.

Sperling, Max, Retrofixatio colli mittels Kolpo-Coeliotomia posterior [7 Fälle nach eigenem Verfahren]. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 7.

Steinthal, Ueber Ovariotomie von d. Vagina aus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 6.

Stinson, J. Coplin, Removal of a tubo-ovarian abscess (left) and an ovarian cyst and tube (right) by enucleation, without ligature, clamp or cautery. New York med. Record LI. 7. p. 230. Febr.

Stratz, Zur Retroflexionsfrage. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 13.

Strauch, Max von, Einige Bemerkungen zu d. Arbeit des Herrn Prof. *Sneguireff* „über 83 Fälle von Myomo-hysterectomia abdominalis nach modificirtem *Doyen*'schen Verfahren". Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 368.

Taendler, Willy, Ueber d. Anzeigen zur supravaginalen Amputation d. Uterus. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 13.

Tait, Lawson, The treatment of myoma. Lancet Febr. 6. — vgl. a. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 301.

Tait, Lawson, *Robert Houston's* ovariotomy 1701. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 559.

Tait, Lawson, The modern treatment of myomatous disease of the uterus. Brit. med. Journ. March 27.

Tate, Walter, A tubo-ovarian abscess. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 319. 380.

Taylor, J. W., On pan-hysterectomies. Brit. gynaecol. Journ. XLVIII. p. 526. Febr.

Tenuberg, C. A. C., Beitrag zur Kenntniss der angeb. Missbildungen d. weibl. Geschlechtsorgane. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 4. p. 300.

Townsend, Charles W., A case of precocious maturity. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 231. March.

Vanderlinden et De Buck, Notes sur un cas d'inversion utérine par fibro-myome. Belg. méd. IV. 6. p. 161.

Vedeler, Retroflexio. Hygiea LIX. 3. s. 322.

Veit, J., Handbuch der Gynäkologie. II. Band (*Fritsch*. Die Krankh. d. weibl. Blase. — *Viertel*. Physikal. Untersuchungsmethoden d. Blase. — *Döderlein*. Die Entzündungen der Gebärmutter. Atrophia uteri. — *Gebhard*. Anatomie u. Histologie d. Myome. — *Veit*. Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Prognose d. Myome. — *Schaeffer*. Die elektr. Behandl. d. Uterusmyome. — *Veit*. Die palliative Behandlung u. d. vaginalen Operationen d. Uterusmyome. — *Olshausen*. Die abdominalen Myomoperationen. Myom u. Schwangerschaft. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. VI u. 814 S. mit Abbild. 18 Mk. 60 Pf.

Verhandlungen d. Gesellsch. f. Geburtshülfe u. Gynäkologie zu Berlin. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 1. 2. 3. p. 178. 351. 517.

Walcher, Zur Behandlung d. Retroversio u. d. Descensus uteri. Stuttg. med. Abhandl. p. 467.

Weber, La péri-vaginite phlegmoneuse disséquante. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 147. Févr.

Wertheim, E., Die vaginalen Wege in d. Peritonäalhöhle. Wien. klin. Wchnschr. X. 6.

Wichert, Ein eigenthüml. Fall von Verwachsung eines Scheidenpessars. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Wilson, R. J., Atresia of the vagina. New York med. Record LI. 7. p. 231. Febr.

Winter, G., Ueber Cystoskopie u. Ureterkatheterismus b. Weibe. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 497.

Wladimiroff, G. E., Adolescentia praecox bei einem 6½jähr. Mädchen. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 360.

Zamazal, Josef, Ein Fall von chron. Endometritis mit Erscheinungen einer Herzneurose. Wien. med. Wochenschr. XLVII. 15.

Zeiss, 2 Fälle von gleichzeitigem Portiocarcinom u. Ovarialtumor. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 8.

S. a. I. Ludwig. II. *Anatomie u. Physiologie*. III. Heyse, Robb. IV. 4. Flaischlen; 5. Cornillon. V. 1. Gubaroff, Stille; 2. c. *Krankheiten d. Mamma*, Cornillon, Dahlgren, Lennander, Sternberg. VII. Audebert, Emanuel. XIII. 2. Fellner; 3. Haberda. XVI. Steinbach. XIX. Heokoher.

VII. Geburtshülfe.

Abel, Tubenschwangerschaft. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6. p. 124.

Abel, Ueber Abortbehandlung. Berl. klin. Wochenschr. XXXIV. 13. 14.

Ahlfeld, F., Weitere Untersuchungen über die physiolog. Vorgänge in d. Nachgeburtsperiode. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 443.

Ahlfeld, F., Zerreissung der Nabelschnur eines reifen Kindes während d. Geburt. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 467.

Alexander, B., Abgang intakter embryonaler Häute. Ungar. med. Presse II. 10.

Alexander, William, Report of the lying-in wards of the Liverpool workhouse hospital for the year 1895 and 1896. Lancet Febr. 20. p. 545.

Allbutt, T. Clifford, Albuminuria in pregnancy. Lancet Febr. 27.

Atthill, Lombe, On the anticipation of postpartum haemorrhage with remarks on the action of ergot on pregnant women. Brit. med. Journ. March 6.

Audebert, J., et J. W. Binaud, Hystéropexie et grossesse. Arch. clin. de Bord. VI. 4. p. 184. Avril.

Audebert et Sabrazès, Tendances prolifératives et dégénératives du placenta retenu dans la cavité utérino. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 287. Avril.

Ansch, Oscar, Beitrag zur Casuistik d. Vierlingsschwangerschaft. Prag. med. Wchnschr. XXII. 11. 12.

Averill, C., Case of hydatidiform mole. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

Ayers, Edward A., A case of tubo-abdominal pregnancy with delivery of a living foetus at the seventh month. Med. News LXX. 16. p. 492. April.

Baum, Charlos, Dry labor. Philad. Policlin. VI. 9. p. 92. Febr.

Bellin, Narciseo, Contribution à l'étude des rapports de le môle hydatiforme et du décidnome malin. Gaz. hebd. XLIV. 13.

Biot, De la rétention prolongée et sans accidents de foetus mort dans la cavité utérine. Lyon méd. LXXXIV. p. 291. 335. Févr., Mars.

Boimond, Rétroversion de la matrice au 4mo. mois de gestation; accidents urémiques; guérison. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 3. p. 190. Mars.

Bolend, E. S., Some things I was not thought in obstetrics. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 11. p. 254. March.

Boldt, H. J., Ectopic gestation. Med. News LXX. 16. p. 481. April.

Bontor, Sidney A., A successful case of caesarean section in a cottage. Lancet March 6.

Brodhead, George L., Accidental hemorrhage. New York med. Record LI. 9. p. 292. Febr.

Brown, Bedford, Contribution to the pathology and treatment of adherent placenta. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 76.

Brown, D. J., Acute inversion of the uterus following delivery of placenta; abdominal section; reduction; recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 6. p. 126. Febr.

Caruso, Francesco, Metodi antichi del taglio cesareo. (Arch. di Ost. et Gin.) Napoli 1896. Stab. tipogr. Cav. A. Tocco. 8. 117 pp.

Colmer, Ptolemy A., A case of ruptured uterus. Lancet March 6. p. 661.

Coombe, Corey, Antistreptococcic serum in puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 522.

Coplin, J., Ectopic gestation; a report of operative cases. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 151. March.

Councilman, W. T., Remarks on maternal impressions. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 32. Jan.

Cullen, Thomas S., Fatal puerperal sepsis due to introduction of a tent. Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 109. 1896.

Cullen, Thomas S., and G. L. Wilkins, Pregnancy in a rudimentary uterine horn; rupture; death; probable migration of ovum and spermatozoa. Johns Hopkins Hosp. Rep. VI. p. 113. 1896.

Cullingworth, Charles J., On the undiminished mortality from puerperal fever in England and Wales. Lancet March 6., vgl. a. March 20. p. 840. — Brit. med. Journ. March 6.

Cummins, W. Ashley, Case of puerperal septicaemia treated by antistreptococcus serum, with recovery. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 393.

Davis, Edward P., Antiseptic dressing of the genital tract after operative delivery. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 148. March.

Delore, Thrombose et placenta marginé. Lyon méd. LXXXIV. p. 586. Avril.

Dickson, E. Winifred, A case of rigid os; discission by *Dührssen's* method. Dubl. Journ. CIII. p. 252. March.

Dirmoser, Eduard, Hyperemesis gravidarum. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 8.

Dobbin, George W., Puerperal sepsis due to infection with the bacillus aërogenes capsulatus. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 71. p. 24. Febr.

Donglez, C. E., Case of puerperal septicaemia treated with antistreptococcic serum with negative result; recovery. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. p. 413. April.

Drage, Lovell, Remarks suggested by Dr. *Clifford Albutt's* paper upon albuminuria in pregnancy. Lancet March 27.

Drejer, Lidt om Ansigtsfödslen og dens Behandling. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 3. S. 296.

Dubrisay et Thoyer-Rozet, Infection puerpérale; phlegmatia; mort par embolie pulmonaire. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 2. p. 36. Janv.

Eden, Thomas Watts, On the structure of the ripe placenta, and the changes which occur in placentae retained in utero after the death of the foetus. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 360.

Edgerton, J. Ives, A case of agalactia. Med. News LXX. 6. p. 172. Febr.

Edmunds, Walter, A case of puerperal septicaemia treated by antistreptococcic serum. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 4. p. 424. April.

Emanuel, R., Ueber Endometritis in d. Schwangerschaft u. deren Aetiologie. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 383.

Eskelin, Karolina, 150 fall af eklampsi. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 38.

Faure, J. L., et Armand Siredey, Péritonite diffuse consécutive à une perforation de la vésicule biliaire au cours d'une grossesse; laparotomie; guérison avec évolution normale de la grossesse. Gaz. hebd. XLIV. 9.

Fehling, Hermann, Die Physiologie u. Pathologie d. Wochenbetts. 2. Aufl. Stuttgart. Ferd. Enke. Gr. 8. VIII u. 272 S. mit 52 in d. Text gedr. Holzschn. 6 Mk.

Feet, T. R., Auffassung u. Behandlung d. Placenta praevia in d. verein. Staaten. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 161.

Fliess, Wilhelm, Ueb. Dysmenorrhöe u. Wehenschmerz. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 356.

Fraenkel, E., Neuere Arbeiten zur Prophylaxe u. Therapie d. Puerperalfiebers. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. Beil.

Frazer, E. Fitzgerald, Child in utero crying during labour. Lancet Febr. 20. p. 520.

Gallagher, Francis W., Puerperal convulsions. New York med. Record LI. 16. p. 563. April.

Gessner, Beiträge zur Physiologie d. Nachgeburtsperiode. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 522.

Gilford, Hastings, 2 cases of ectopic gestation in which rupture of the sac took place in the third week; abdominal section in one case; recovery. Lancet Febr. 20.

Goode, Edwin T., A case of quadruplets. Lancet Febr. 27. p. 590.

Gosse, William, The mortality from puerperal fever. Brit. med. Journ. March 20. p. 754.

Gottschalk, Vorzeitige Placentarablösung. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 3. p. 542.

Hauff, Die Abortbehandlung. Stuttg. med. Abhandl. p. 421.

Heinricius, Fall af laparotomi utförd för akut hämatocele, kompliceradt med och uppkommet till följd af blödning genom tubarabort. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 1. s. 192.

Heinricius, G., och E. Mellberg, Om de på barnlördshuset i Helsingfors 1834—1895 utförda 1073 tångförlossningarna. Finska läkaresällsk. handl. XXXIX. 2. s. 315.

Herzfeld, Carl A., Die Eklampsie als geburtshülfl. Indikation. Wien. med. Presse XXXVIII. 14. 15.

Hönck, E., Zur Hebammenfrage u. Puerperalfieberstatistik. [v. *Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 174.,

Gynäkol. 63.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 42 S. 75 Pf.

Hofmeier, M., Die Verhütung d. Kindbettfiebers in d. geburtshülfl. Unterrichtsstunden. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 177., Gynäkol. Nr. 65.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 32 S. 75 Pf.

Hofmeier, Zur Porro-Operation. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 1896.

Jahreiss, 2 Fälle von geplatzter Tubengravidität; Laparotomie; Heilung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8.

Jardine, Note on delivery in the *Walcher* position in a contracted pelvis. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 309. April.

Jones, J. D., Strangulated ovarian cyst complicating pregnancy. New York med. Record LI. 12. p. 418. March.

Jones, J. D., Extreme dilatation of the bladder complicating a retroverted pregnant uterus. New York med. Record LI. 12. p. 419. March.

Kidd, Frederic W., 3 cases of ectopic gestation. Dubl. Journ. CIII. p. 193. March.

Klien, R., Zur Messung d. Beckenausganges. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 5.

Knapp, Ludwig, Aceton im Harn Schwangerer u. Gebärender als Zeichen d. intrauterinen Fruchttodes. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 16.

Köstlin, Rudolf, Beiträge zur Frage d. Keimgehaltes d. Frauenmilch u. zur Aetiologie d. Mastitis. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 201.

Kollmann, Paul, Zur Aetiologie u. Therapie d. Eklampsie. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 13.

Kumpf, F., Ueber ein einfaches Vorfahren gegen post partum-Blutungen ex atonia uteri. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 11.

Lannois, Influence de la mort du foetus sur l'albuminurie de la grossesse. Lyon méd. LXXXIV. p. 37. Janv. 10.

Lee, Joseph B. de, Craniotomy on the dead child. Medicine III. 2. p. 100. Febr.

Lehrbuch f. Hebammen. Im Auftr. d. k. sächs. Minist. d. Innern bearbeitet von *G. Leopold* u. *P. Zweifel.* 6. Aufl. Leipzig. S. Hirzel. 8. XX u. 299 S. mit 58 Holzschn. u. 8 farb. Tafeln.

Lewers, Arthur H. N., A successful case of intravenous injection of salt solution after laparotomy in a case of ruptured tubal gestation. Lancet March 6.

Löhlein, H., Zur Entstehung u. Behandlung d. Haematoma vulvae d. Neuentbundenen. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 10.

Löhlein, H., Ueber Achsendrehung d. Uterus, besonders d. graviden Uterus. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Ludwig, Heinrich, Klin. Beiträge zur operativen Therapie d. Uterusruptur. Wien. klin. Wchnschr. X. 11. 12.

Lwow, J., Kaiserschnitt b. absolut zu engem Becken mit glückl. Ausgang f. Mutter u. Kind. Wratsch 2. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Lycett, John A., Puerperal fever in England and Wales. Brit. med. Journ. March 13. p. 691.

Lycett, John A., Dystocia from relative shortness of the funis. Lancet March 27. p. 878.

Mahood, Allan, An unusual result of abortion. Lancet Febr. 27. p. 623.

Manner, Viktor, Kaksi synnytystapausta [2 Geburtsfälle]. Duodecim XIII. 1. s. 21.

Mapleton, G. H., Antistreptococcic serum in puerperal septicaemia. Brit. med. Journ. April 24. p. 1040.

Mars, A. von, Zur Erweiterung d. äussern Muttermundes modo Rosner. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 8.

Marshall, G. Balfour, A case of tubal gestation about the fifth week. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 302. April.

Martin, Albert, Heureux résultats de l'emploi du préhenseur-levier-mensurateur. Gaz. des Hôp. 15.

Martin, A., Zur Kenntniss d. Tubarschwangerschaft. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 244.

Mills, H. W., A case of superfoetation. Lancet March 13. p. 736.

Monod, Ch., Fibrome utérin; grossesse; hystérectomie abdominale totale. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 129. Févr.

Mulert, G., Ueber die Einschränkung der inneren Untersuchung d. Gebärenden. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 7.

Neumann, Julius, Das sogen. tuberöse subchorioideale Hämatom d. Decidua. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 108.

Nordmann, Achilles, Ueber die Galaktocele. Virchow's Arch. CXLVII. 3. p. 475.

Pée, Ad., Uterusruptur. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 12.

Pinard, A., et P. Segond, Gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale chez une femme en travail à terme, ayant un rétrécissement extrême du bassin. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 97. Févr.

Pincus, Ludwig, Die „Vaporisation" in der Therapie d. putriden Abortus. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 7.

Pobedinsky, N., Sur le traitement du cancer du col pendant la grossesse et l'accouchement, avec 2 observations. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 281. Avril.

Pollock, W. Rivers, Foetus papyraceus. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 320.

Prior, Sophus, Om Antiseptikken og Aseptikken i Födselshjälpen. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 6.

Purslow, C. E., An unusual result of abortion. Lancet Febr. 13. p. 443.

Rentoul, Robert R., Dr. *Cullingworth* and puerperal fever. Lancet March 13. p. 769.

Rosenthal, Un cas de grossesse extra-utérine intrapariétale. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 223. Mars.

Rosner, Alexander, Zur Technik d. Discission d. äusseren Muttermundes. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 8.

Roseier, 3 cas de „missed abortion". Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. p. 109. Févr.

Sarway, O., Ueber wissenschaftl. verwerthbare Temperaturbestimmungen im Wochenbett. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 15.

Schücking, Eine neue Methode d. Behandlung d. Kindbettfiebers mit durchschlagendster Wirkung, von *Carossa.* Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 12.

Sears, George G., 4 cases of pregnancy complicated by heart disease. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 8. p. 183. Febr.

Sharp, Arthur J., A case of severe puerperal septicaemia; injection of antistreptococcic serum; recovery. Brit. med. Journ. Febr. 27.

Simpson, A. R., The jubilee of anaesthetic midwifery. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 161. March.

Sjöberg, Nils, Två fall af inversio uteri post partum. Hygiea LIX. 3. s. 348.

Solé, Albuminurie gravidique avec accès éclamptiques; injections sous-cutanées massives de sérum artificiel. Presse méd. Belge XLIX. 4.

Spence, William James, A case of obstructed labour due to congenital disease of kidneys. Brit. med. Journ. March 13.

Spencer, Herbert R., 3 cases of *Porro's* operation, with intra-peritoneal treatment of the stump. Obstetr. Soc. Transact. XXXVIII. p. 389.

Spitzer, G., Ein Fall von Uterus didelphys mit Gravidität. Wien. klin. Wchnschr. X. 14.

Stephenson, Wm. H., Twins from a single ovule. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 392.

Stieda, Alfred, Ueber d. intrauterine Anwendung von Ballons zur Einleitung d. Frühgeburt u. d. Abortus. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 3. p. 191.

Stone, Ira G., A case of intra-uterine hydrocephalus of unusual size; evacuation of the fluid through

the spinal canal, followed by easy delivery of the head. Med. News LXX. 10. p. 302. March.

Sutton, J. Bland, An unusual case of tubal abortion. Lancet Febr. 13.

Taendler, Ein Fall von *Porro*'scher supravaginaler Amputation d. Uterus in Folge unstillbarer Blutungen mit glückl. Ausgange. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Torhensen, H., Et Tilfälde af Tetanus puerperalis. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 7.

Townsend, Charles W., Puerperal eklampsia. A study of 160 cases. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 9. p. 206. March.

Varnier, H., et P. Delbet, Rétroflexion complète de l'utérus gravide à terme; obstruction pelvienne par un fibrome adhérent; hystérectomie abdominale totale; guérison. Ann. de Gynécol. XLVII. p. 102. Févr.

Vassalli, John, A case of tube-uterine pregnancy. New York med. Record LI. 12. p. 424. March.

Veit, J., Zur Behandl. d. Eklampsie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 93.

Whiting, A. D., A case of maternal impression. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 328. Febr.

Wiggins, B., Leeches in puerperal eclampsia. Brit. med. Journ. March 13. p. 653.

Wild, Max, Untersuchungen über d. Hämoglobingehalt u. d. Anzahl d. rothen u. weissen Blutkörperchen b. Schwangeren u. Wöchnerinnen. Arch. f. Gynäkol. LIII. 2. p. 363.

Winternitz, Eugen, Ueber die Häufigkeit u. Prognose d. Zangenentbindungen auf Grund d. gynäkolog. u. geburtshülfl. Materials d. Tübinger Universitäts-Frauenklinik. Berlin. S. Karger. 8. 49 S. mit 9 Abbild. 1 Mk.

Worcester, A., 5 cases of eclampsia, with comments upon the treatment. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 9. p. 204. Mars.

Wyman, S. E., Notes of a case of extra-uterine gestation; rupture of the sac; operation and recovery. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 7. p. 156. Febr.

S. a. I. Berggrün, Marchetti, Siegfried, Wittmaack. II. *Anatomie u. Physiologie*. III. Bertschinger, Delore, Jones, Leusden, Ulesko; 8. Cholmogoroff, Fostenberg, Köster, Leeson, Rhein; 11. Fournier. V. I. Talley; 2. c. *Krankheiten d. Mamma*. VI. Lönnberg, Orlow. IX. Knauer, Maclachlan. XIII. 2. Appleby, Baum, Jones, Thayer. XVI. Kratter. XIX. Heckoher.

VIII. Krankheiten der Kinder.

Averill, C., Idiopathic haemorrhage from the umbilicus in an infant. Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 393.

Bagiusky, A., Fall von Barlow'scher Krankheit. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15.

Cattaneo, Cesare, Contributo allo studio della indicanuria nelle malattie dell'infanzia. Policlinico IV. 4. 6. p. 88. 135.

Chapman, Chas. W., The glandular fever of childhood. Lancet Febr. 20. p. 555.

Chrzanowski, Josef von, 2 Fälle von Melaena neonatorum. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 321.

Diphtherie s. III. *Arloing, Berestneff, Berkley, Bonhoff, Bujwid, Cobbett, De Martini, Dzierzgowski, Marenghi, Peters, Uschinsky, Vansant, Weijerman*. IV. 2. *Anton, Ball, Békésy, Bentzen, Bevan, Bókay, Breitung, Cheatham, Dallmajer, Daly, Dennig, Detweiler, Dobczynski, v. Dungern, Engel, Enquête, Fibiger, Filè, Ganghofner, Gottstein, Greenleaf, Hagenbach, Herman, Joy, Lopez, Mollard, Moore, Petit, Rouget, Rumpf, Sharman, Smith, Timaschew, Varnali, Vierordt, Wieland, Zuppinger*; 8. *Levi, Petit*. V. 2. a. *Sevestre*. VI. *Rasch*. VIII. *Pitts*. X. *Ammann, Haab, Haltenhoff, Standish*. XI. *Wieland*.

Drews, Richard, Ueber Kufeke's Kindermehl. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 9.

Eichberg, Ein Fall von Barlow'scher Krankheit. Stuttg. med. Abhandl. p. 121.

Fede, Francesco, Die sublinguale Produktion im Kindesalter. Uebersetzt von *Olimpio Cozzolino*. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 348.

Giarrè Carlo, e Carlo Comba, Ricerche batteriologiche sul sangue et sulle orine in alcune malattie dell'infanzia. Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 1. p. 93.

Griffith, J. P. Croser, Idiopathic osteopsathyrosis (fragilitas ossium) in infancy and childhood. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 4. p. 426. April.

Henoch, Eduard, Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 9. Aufl. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. XII u. 896 S. 17 Mk.

Keuchhusten s. IV. 2. *Fröhlich*.

Knoepfelmacher, Wilhelm, Untersuchungen über d. Fett im Säuglingsalter n. über d. Fettsklerem. Wien. klin. Wchnschr. X. 10.

Labbé, Marcel, Erysipèle du nouveau-né; infection ombilicale; ictère; streptococcie généralisée; mort. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 7. p. 272. Mars.

Lewin, W., Kleinere Beiträge zur Kinderheilkunde: Stimmritzenkrampf. Veitstanz. Einfache Milzhyperplasie. Arch. f. Kinderhkde. XXI. 5 u. 6. p. 353. 354. 357.

Mc Namara, J., Infantile marasmus. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Masern s. IV. 2. *Berry, Möller*; 3. *Méry*.

Meslay, Ostéomalacie infantile. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 49. Févr.

Mirinescu, Considérations sur la température chez les enfants, principalement sur la valeur des petits élévations au-dessus de 37°. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 154. Avril.

Monti, Alois, Ueber Verdauung u. natürl. Ernährung d. Säuglinge. [Wien. Klin. 2 u. 3. Febr.—März.] Wien. Urban u. Schwarzenberg. 8. S. 25—88 mit eingedr. Holzschn. 75 Pf.

Monti, Alois, Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 1. Heft: Ueber Verdauung u. natürl. Ernährung d. Säuglinge. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 88 S. mit 9 Holzschn. 2 Mk. 50 Pf.

Neumann, H., Ueber d. Beziehungen d. Krankheiten d. Kindesalters zu d. Zahnkrankheiten. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. 172., innere Med. 53.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 47 S. mit Holzschn. 75 Pf.

Oltuszewski, Wladyslaw, Die geistige u. sprachl. Entwicklung d. Kindes. Berlin. Fischer's med. Buchh. 8. 43 S.

Phillips, H. H., Idiopathic bleeding from umbilicus in an infant; recovery. Brit. med. Journ. April 17. p. 971.

Pitts, Bernard, Diphtheria of the umbilicus. Lancet April 3. p. 953.

Saudall, T. Edward, The glandular fever of childhood: a case in an infant aged 6 mouths. Lancet Febr. 13.

Scharlachfieber s. IV. 2. *Bevan, Bunce, Comby, Daly, Dittmar, Joy, Miller, Pochon, Pospischil, Squire, Varnali, Waters, Weisbecker, Williams*; 4. *Lyot*; 7. *Brück*. V. 1. *Packard*.

Schlossmann, Studien über Säuglingssterblichkeit. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 1. p. 93.

Schmidt, F. C. Th., Beiträge zur Kenntniss d. Meconium. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 320.

Sonnenberger, Beiträge zur Aetiologie u. Pathogenese d. Verdauungsstörungen im frühen Kindesalter. Ueber Intoxikationen durch Milch. Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 13. 14.

Symes, W. Langford, Clinical pictures of children's diseases. Dubl. Journ. CIII. p. 103. Febr.

Thiemich, Martin, Ueber Ernährung magendarmkranker Säuglinge mit Kindermilch nach Backhaus. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 1. p. 74.

Vinay, Ch., La psychologie du nouveau-né. Semaine méd. XVII. 5.

Vinogradoff, N., Un cas de myxome du thymus dans la première enfance. Arch. russes de Pathol. etc. III. 1. p. 64.

Werner, Siegmund, Ueber d. Sterblichkeit u. d. Häufigkeit d. hereditären Syphilis b. Kindern d. Prostituirten. Monatsb. f. prakt. Dermatol. XXIV. 4. p. 183.

Wolfram, W., Ein Beitrag zur Wiederbelebung asphykt. Neugeborner. Gynäkol. Centr.-Bl. XXI. 9.

S. a. II. Ebbinghaus. III. Szegö. IV. 2. Brownlee, Chambard, Roeaz, Siegert, Taylor; 3. Da Costa, Meunier, Moyer, Naobod, Senior; 5. Brandenburg, Brun, Czerny, Hermary, Keller, Oui; 6. Bernhard, Guthrie, Hellendall; 7. Finley; 8. Benedikt, Bruns, Fieux, Freud, Gasne, Gehuchten, Hobhouse, Holz, Ketch, Massalongo, Reymond, Schaeffer, Spiller, Steiner, Stieglitz, Weil, Zappert; 9. Eichenberger, Symes, Theodor; 10. Caillaud, Wladimiroff; 11. Dobovits, Werner. V. 2. a. Mackenzie; 2. o. Brooa, Poppert; 2. d. Bange; 2. e. Stone. VI. Johannessen, Krause, Marfan. X. Gergens, Koller, Ohlemann, Terson. XI. Hepp, Massei, Mulford. XIII. 2. Mac Gregor, Stooss; 3. Breton, Cowan, Doernberger. XIV. 4. Stoppato, Thieroslin. XV. Adam, Drews.

IX. Psychiatrie.

Adamkiewicz, Albert, Gedächtnissstützigkeit. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 17.

Alt, Gutachten über d. Zweckmässigkeit d. Errichtung einer ausschliesslich f. Epileptische bestimmten Anstalt. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 4. p. 348.

Ballet, Gilberto, e Paolo Blocq, Paralisi generale progressiva. — Ballet, Gilberto, Le psicosi. Traduz. ital. dei Drr. Fabrizio Maffi e Vittorio Colla, riveduta dal Prof. Enrico Morselli. Torino 1896. Unione tipogr. editrice. 4. 360 pp. 9 Mk.

Bollag, Max, Ueber einen Fall von wiederholter Selbstverwundung in Folge Zwangshandlung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5.

Bonhoeffer, K., Klin. u. anatom. Beiträge zur Kenntniss d. Alkoholdelirien. Mon.-Schr. f. Psych. u. Neurol. I. 3. p. 229.

Bradford, Edward, Scientific psychology. New York med. Record LI. 12. p. 397. March.

Breitung, Max, Beitrag zur Aetiologie von Geisteskrankheiten. Deutsche Med.-Ztg. 16. 1896.

Brosius, C. M., Zur Wärterfrage. Irrenfreund XXXVIII. 9 u. 10. 1896.

Caverly, C. S., A report of 3 cases of the cretinoid condition in the same family, treated with thyroid extract. New York med. Record LI. 15. p. 514. April.

Clark, L. Pierce, Psychical seizures in epilepsy. New York med. Record LI. 8. p. 265. Febr.

De Sanctis, Sante, e Maria Montessori, Sulle cosidette allucinazioni antagonistiche. Policlinico IV. 4. 6. p. 68. 113.

Dietz, Traumat. Neurose; Uebergang in Dementia paralytica. Stuttg. med. Abbandl. p. 159.

Fentem, Thomas, Goître and cretinism. Brit. med. Journ. April 10. p. 945.

Goodner, Ralph A., The relation of masturbation to insanity. Med. News LXX. 9. p. 272. Febr.

Harris-Liston, L., Artificial feeding of the insane. Brit. med. Journ. Febr. 13.

Hoch, August, General paralysis in 2 sisters, commencing at the age of 10 and 15 respectively; autopsy in one case. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 2. p. 67. Febr.

Jacobson, D. E., Om Patogenesen af Delirium tremens. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 7. 8. 9. 10.

Jelgersma, G., Imbecillité et idiotie. Belg. méd. IV. 5. 6. 7. p. 129. 166. 193.

Jentsch, Ernst, *Roncoroni's* Theorie d. physiolog. Genese d. Paranoia. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. u. Psych. N. F. VIII. p. 177. April.

Kardamatis, Jean P., et Spiridion Jean Kanellis, Quelques réflexions sur la fièvre frénétique ou maniaque pernicieuse d'origine paludéenne. Progrès méd. 3. S. V. 15.

Keene, George F., General paresis. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 221. March.

Kéraval, P., La pratique de la médecine mentale. Echo méd. I. 5.

Knauer, Oswald, Ueber puerperale Psychosen. Mit einem Vorworte von *A. Martin*. Berlin. S. Karger. 8. 54 S. 1 Mk. 80 Pf.

Laudenheimer, R., Paralyt. Geistesstörung in Folge von Zuckerkrankheit (diabet. Pseudoparalyse). Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 546.

Loewenfeld, L., Ueber musikal. Zwangsvorstellungen. Centr.-Bl. f. Nervenhkde. N. F. VIII. p. 57. Febr.

Löwy, Leo, 2 mit Schilddrüsenextrakt behandelte Fälle von Cretinismus. Ungar. med. Presse II. 6.

Maclachlan, John T., Clinical essays on insanity: Insanity of different periods of life — evolutional and involutional types. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 192. March.

Maclachlan, J. T., Epileptic insanity (the demonstrative manner of epileptics) and puerperal insanity. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 265. April.

M'Claughry, Thomas Samuel, Influenza as a factor in the increase of insanity in Ireland. Dubl. Journ. CIII. p. 108. Febr.

Marandon de Montyel, E., La loi sur les aliénés et le rapport du docteur *Dubief* à la Chambre des députés. Gaz. des Hôp. 19.

Marandon de Montyel, Les visites des familles dans les asiles d'aliénés. Arch. de Neurol. 2. S. III. 14. p. 81.

Mario, A., et C. Vallon, Des psychoses à évolution progressive et à systématisation, dite primitive. Arch. de Neurol. 2. S. III. 13. 15. p. 26. 171.

Moyer, Ludwig, Die Verbannung d. Zwangsjacken aus d. Irrenabtheilung d. alten allgem. Krankenhauses in Hamburg. Irrenpflege 1.

Muratow, W., Ueber d. protrahirten cortikalen Krämpfe b. d. allgem. Paralyse d. Irren. Neurol. Centr.-Bl. XVI. 5.

Paetz, Die Beschäftigung d. Geisteskranken. Irrenpflege 1.

Pasmanik, Daniel, Ueber Malariapsychosen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 12. 13.

Pitres, A., et E. Régis, L'obsession de la rougeur (ereuthophobie). Arch. de Neurol. 2. S. III. 13. p. 1.

Prince, Morton, A case of imperative idea or homicidal impulse in a neurasthenic without hereditary taint. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 3. p. 57. Jan.

Pütterich, G., Untersuchungen über d. Körpergewicht in Geisteskrankheiten. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7. 8.

Ransohoff, Ueber Erinnerungstäuschungen bei Alkoholparalyse. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 6. p. 933.

Salgó, J., Noch einmal Paranoia u. Schwachsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 6. p. 897.

Sanjuan, Sur les hallucinations symboliques dans les psychoses et dans les rêves des sourds-muets. Arch. de Neurol. 2. S. III. 15. p. 161. Mars.

Sobolz, L., Ueber Pubertätsschwachsinn. Allg. Ztschr. f. Psych. LIII. 6. p. 912.

Siemerling, E., u. J. Boedeker, Chron. fortschreitende Augenmuskellähmung u. progressive Paralyse. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 420.

Snell, Otto, Die Irrenpflege im griechischen Alterthume. Irrenpflege 1.

Stavenson, Louis E., Goître and cretinism. Brit. med. Journ. March 13. p. 690.

Stolpar, P., Die Geistesstörungen in Folge von Kopfverletzung. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 335.

Taty, Th., et J. Toy, Des variétés cliniques du délire des persécutions. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 2. p. 193. Mars—Avril.

Tippel, M., Leitfaden zum Unterricht in d. Behandlung u. Pflege d. Geisteskranken f. d. Pflegepersonal. Berlin. Georg Reimer. 8. 60 S. 1 Mk.

Tuke, J. Batty, Clinical cases illustrative of the insanities. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. 5. p. 349. 488. April, May.

Vallon, Ch., et A. Marie, Des psychoses religieuses et la systématisation dite primitive. Arch. de Neurol. 2. S. III. 13. 15. p. 26. 171.

Warner, Francis, On mental and physic feebleness with analysis of cases. Lancet Febr. 6.

S. a. II. Ebbinghaus, Sachs, Schultz. III. Berger, Kaes, Langhans. IV. 2. Goodner; 8. *Epilepsie, Hypnotismus*, Bourneville, Dercum, Deventer, Festenberg, Mingazzini, Schultze, Tamburini; 9. Bourneville. VI. Blaisdell. VIII. Vinay. XIII. 2. Nagy. XVI. Coster, Doutrebente, Köstlin, O'Connoll, v. Schrenck, Siemerling.

X. Augenheilkunde.

Adler, Hans, Bemerkungen zur Farbenstiftprobe (neue Methode zur Untersuchung der Farbenblindheit). Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Ammann, E., Augendiphtherie u. Heilserum. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3.

Andrews, J. A., Primary sarcoma of the iris. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 533.

Andrews, J. A., Tubercle of iris. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 561.

Archer, T. Brittin, Foreign body in the lens for 16 years, the lens remaining clear. Lancet March 20.

Asohhaim, Hugo, Ueber einen Fall von erworbenem Hornhaut-Astigmatismus von 32 Dioptrien. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 108. April.

Aurand, Tuberculose de l'iris. Lyon méd. LXXXIV. p. 161. Janv. 31.

Bach, Ludwig, Bakteriolog. Untersuchungen über d. Einfl. antisept. Ueberschläge auf d. Keimgehalt d. Lidrandes u. Bindehautsackes. Arch. f. Augenhkdo. XXXIV. 2. p. 69.

Baudoin, De la résection partielle du sac de la tumeur lacrymale (mucocèle). Ann. de la Policlin. de Bord. V. 1. p. 397. Janv.

Benedikt, Moriz, Optik u. Biomechanik in der Augenheilkunde. Wien. klin. Rundschau XI. 13.

Bentzen, Chr. Fr., En Grasspurv som Stärstikker. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 7.

Bericht über d. 25. Versamml. d. ophthalmolog. Gesellschaft. Heidelberg 1896. Unter Mitwirkung von *E. von Hippel* u. *A. Wagenmann*, red. durch *W. Hess* u. *Th. Leber*. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. IX u. 351 S. mit 3 Abbild.

Bericht über die Leistungen u. Fortschritte der Augenheilkunde im 3. Quartal 1896; von *St. Bernheimer; C. Horstmann* u. *P. Silex*. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 127.

Berlin, E., Ueber eine Bestimmung des Totalbrechungsindex d. Linse am lebenden Auge. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 2. p. 287.

Berlin, R., Ueber eine eigenthüml. Form von Strabismus convergens b. Myopie u. deren Behandl. durch Concavgläser. Stuttg. med. Abhandl. p. 320.

Barry, George A., Strabismus. Edinb. med. Journ. N. S. I. 3. p. 252. March.

Bidwell, Shalford, Subjective colour phenomena. Brit. med. Journ. April 17. p. 1009.

Bistis, Jean, Epithélioma du limbe scléro-cornéen; pterygion. Ann. d'Oculist. CXVII. 3. p. 182. Mars.

Bitzos, G., Cataractes primitives et secondaires spontanément guéries. Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 276. April.

Bock, Emil, Vorschlag zur Verwendung von X-(*Röntgen-*) Strahlen bei einigen Formen von Blindheit. Memorabilien XL. 7. p. 397. 1896.

Brailey, A case of pneumo-bacillary conjunctivitis. Lancet March 20. p. 806.

Bruner, William E., The actual cautery in the treatment of corneal ulcers. New York med. Record LI. 9. p. 300. Febr.

Bull, C. S., The course and prognosis of orbital tumors as influenced by surgical operations for their removal. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 498.

Buller, F., Dermoid cysts of the orbit. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 687.

Cheney, F. E., Tuberculosis of conjunctiva. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 559.

Clark, C. F., Location of fragment of steel in eye by X-rays. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 711.

Couétoux, L'origine nasale des affections oculaires et le cathétérisme des voies lacrymales. Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 270. Avril.

Czarmak, W., Einiges zur Lehre von der Entstehung u. d. Verlaufe d. prodromalen u. akuten Glaukomanfalls. Prag. med. Wchnschr. XXII. 4.

Da Gama Pinto, J., Contribution à l'opération de la cataracte secondaire. Ann. d'Oculist. CXVII. 1. p. 22. Janv.

Dahlfeld, C., u. N. Pohrt, Der Nachweis von Fremdkörpern im Auge mit Hülfe d. X-Strahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

de Gouvêa, Etude clinique sur les manifestations oculaires de la lèpre. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 124. Févr.

Dianoux, A propos d'un cas de dacryadénite aiguë. Ann. d'Oculist. CXVII. 3. p. 175. Mars.

Distler, Beiträge zur Operation d. grauen Staares. Stuttg. med. Abhandl. p. 363.

Dobczynski, Beitrag zur Verbreitung u. Bekämpfung d. contagiösen Augenentzündung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10.

Dolganoff, W., Ueber d. Veränderungen d. Auges nach Ligatur d. Gallenblase. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 196.

Duhar, G., Sarcome embryonnaire mélanique développé au niveau d'une tache pigmentaire de la région voisine de la commissure externe de l'oeil gauche. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 186. Févr.—Mars.

Duolos, J., Hémorragie rétinienne au cours de la leucémie. Ann. d'Oculist. CXVII. 1. p. 51. Janv.

Dunn, H. Percy, Grass spikelet in the conjunctival sac of a child; suppuration of the cornea; collapse of the eye-ball. Brit. med. Journ. Jan. 30.

Ehner, Mittheilungen über 400 Extraktionen des Altersstaars, ausgeführt durch Herrn Geh.-R. Prof. *von Rothmund* an Kranken d. Universitäts-Augenklinik zu München. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 11.

Edsall, Frank H., Cataract extraction followed by complete atrophy of the iris; primary sarcoma of the iris. Med. News LXX. 4. p. 107. Jan.

Eghert, J. Hohart, Uncommon affections of the eyelids. Philad. Policlin. VI. 11. p. 112. March.

Eparon, Du pronostic de la papille étranglée. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. p. 94. Févr.

Faga, Ophthalmie sympathique apparue un mois après l'énucléation d'un oeil blessé. Ann. d'Oculist. CXVII. 3. p. 186. Mars.

Fage, Le lipôme sous-conjonctival. Echo méd. I. 8.

Fick, A. Engen, Hydrodiaskop u. Contaktglas. Nebst Erwiderung von *Th. Lohnstein*. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 129. 132. April.

Fischer, Eine Hühnerlaus als Fremdkörper der Cornea. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Franke, E., Weitere Untersuchungen über Asepsis u. Antisepsis in d. Augenchirurgie. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 111.

Freudenthal, G., Auch eine Ablösung d. Bindehaut d. obern Lides vom Tarsus. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 17.

Fridenberg, Percy, Zur Pathologie d. hämorrhag. Glaukoms. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 175.

Frugiuele, Carlo, Un caso di ciste da echinococco dell'orbita. Rif. med. XIII. 49.

Fukala, V., Zur Verbesserung d. Sehschärfe nach Myopieoperationen. Arch. f. Ophthalmol. XLVII. 1. p. 206.

Fukala, Zur Berechnung d. Achsenlänge d. Auges u. d. Bildgrösse. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 7.

Gayot, Tumour de l'orbite. Lyon méd. LXXIV. p. 449. Mars.

Gergens, E., Die Entstehung, Verhütung u. Behandl. d. Blennorrhoea neonatorum. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 3. p. 41.

Gesener, C., Die syphilit. Erkrankungen d. Auges. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 15.

Goering, Ueber Ablösung d. Bindehaut d. Oberlides vom Tarsus nach Verletzungen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Goering, Multiple Eiterherde d. Hornhautgrundsubstanz. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Görts, Zur Prüfung auf Farbenblindheit, speciell d. Bahnbediensteten. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8.

Goh, K., Beiträge zur Kenntniss d. Augenveränderungen b. sept. Allgemeinerkrankungen. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 147.

Goldzieher, W., Die Hutchinson'sche Veränderung d. Augenhintergrundes (Retinitis circinata Fuchs). Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 112.

Gradle, H., Zur Correktion d. Astigmatismus durch ungleichmäss. Anspannung des Ciliarmuskels. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 257.

Graefe, Alfred, Das Sehen d. Schielenden. Eine ophthalmol.-med. Studie. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 41 S. mit 4 Figg. u. 1 Tafel.

Graefe, A., Ein Fall von doppelseit. Embolie der Art. centr. retinae. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Green, Ino., and A. E. Ewing, Hypopyon-Keratitis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 716.

Grunert, Carl, Beitrag zur Tuberkulose der Bindehaut. Arch. f. Angenhkde. XXXIV. 2. p. 99.

Haab, O., Die diphther. Natur d. croupösen Conjunctivitis. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4.

Haltenhoff, G., A propos des ophthalmies pseudomembraneuses. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 307. Avril.

Hansell, H. F., Case of double chocked-disc. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 589.

Hansell, Howard F., The ocular complications in diabetes insipidus. Philad. Policlin. VI. 5. p. 41. Jan.

Harlan, G. C., Rupture of iris. Transact. of the ophthalm. Soc. VII. p. 640.

Harlan, G. C., Pupil reflex in absolute blindness. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 671.

Heinersdorff, Ein Fall von doppelseit., nicht entzündl. Glaukom im jugendl. Alter b. gleichzeit. Retinitis pigmentosa u. Pyämie. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 240.

Hess, C., Ueber d. Vorkommen partieller Ciliarmuskelcontraktion. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 257.

Hilbert, R., Retinitis in Folge von gonorrhoischer Infektion. Memorabilien XL. 7. p. 385. 1896.

Hinshelwood, Recovery from albuminuric retinitis. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 289. April.

Hirschberg, J., Ueber die Körnerkrankheit in Ost- u. Westpreussen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10. 11.

Hirschberg, J., Ueber Entfernung von Metallsplittern aus d. Augengrunde. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15. — Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15.

Hosch, Fr., Eine Schichtstaar-Familie nebst Bemerkungen über diese Staarform überhaupt. Festschrift (Hagenbach) p. 1.

Hubbell, A. A., Congenital growth at inner canthus. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 578.

Hurst, Walter, Subjective colour phaenomena. Brit. med. Journ. April 10. p. 946.

Jackson, Edward, Lenses for binocular examination by oblique illumination. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 741.

Jackson, Edward, The control reflex and the sight-hole in the mirror of the ophthalmoscope. Philad. Policlin. VI. 8. p. 82. Febr.

Kessler, H. J., Opmerkningen naar aanleiding van „Uebersicht über 3104 Fälle von Augenkrankheiten b. Malayen von Dr. *L. Steiner*". Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. bls. 312. 1896.

Kipp, C. J., Bilateral necrosis of the eyelids. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 678.

Kirchner, M., Die Bekämpfung d. Körnerkrankheit (Trachom) in Preussen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 9. 10.

Knapp, H., Bone sarcoma of supra-orbital margin. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 534.

Königshöfer, Thränenschlauch-Erkrankungen. Stuttg. med. Abhandl. p. 338.

Koller, Carl, Rare and fatal disease of infancy with symmetrical changes in the macula lutea. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 661.

Koller, C., Reading with defective vision. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 700.

Kunn, Carl, Zur Theorie des Schielens. Wien. klin. Rundschau XI. 13.

Leber, Th., Bemerkungen über d. Sehschärfe hochgradig myopischer Augen vor u. nach operativer Beseitigung d. Linse. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 218.

Leitner, Wilhelm, Neuritis retrobulbaris acuta. Ungar. med. Presse II. 13. 14. 16.

Liebrecht, Ueber physiolog. u. hyster. Doppeltsehen. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 2. p. 74.

Lohnstein, Th., Krit. Bemerkungen zu d. hyperbolischen Gläsern. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 97. April.

Luksch, L., Ueber einen Fall von Keratitis neuroparalytica. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 7.

Mennhardt, Fr., Das Colobom d. Aderhaut u. seine Folgen. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 127.

Mey, Charles H., The treatment of contusions of the lids (black eye). New York med. Record LI. 15. p. 519. April.

Meade-King, R. Liddon, Grass spikelet in conjunctival sac. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Mermet, P., L'érysipèle palpébral. Gaz. des Hôp. 24.

Michel, Julius von, Klin. Leitfaden d. Augenheilkunde. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 2. Aufl. 8. XIII u. 341 S. 6 Mk.

Miller, R. Shaldere, The treatment of lachrymal obstructions by styles. Brit. med. Journ. March 13.

Millikin, B. L., Case of sympathetic irido-cyclitis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 608.

Millikin, B. L., An unusual case of glaucoma. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 734.

Mooren, Alb., Die med. u. operative Behandlung kurzsichtiger Störungen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. Gr. 8. 135 S.

Morax, La conjonctivite subaiguë. Ann. d'Oculist. CXVII. 1. p. 5. Janv.

Natanson, Alexander, Ueber d. schädl. Einfluss d. behaarten Raupen auf d. Organismus d. Menschen

u. d. Thiere, insbes. auf d. Augen. Petersb. med. Wochenschr. N. F. XIV. 12.

Neese, E., Sarcoma chorioideae s. alveolare melaneticum. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 2. p. 261.

Norman-Hansen, Om Conjunctivalplastik. Hosp.-Tid. 4. R. V. 12. s. 275.

Norris, W. F., Persistent pupillary membrane. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 580.

Noyes, H. D., 2 cases of cancerous tumor of choroid. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 538.

Ohlemann, M., Die Farbenblindheit u. ihre Diagnose. Braunschweig. Joh. Heinr. Meyer. 8. 18 S. mit 1 Tafel. 2 Mk.

Ohlemann, Zur Behandlung d. Blennorrhoea neonatorum. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 59. Febr.

Oliver, C. A., Ophthalmic conditions in a case of cerebellar tumor. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 594.

Oliver, C. A., Double chorio-retinitis following lightning flash. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 613.

Oliver, C. A., Rupture of inferior temporal vein of retina. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 669.

Oliver, C. A., Blepharoplasty for both lids by single split flap. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 682.

Otto, F., Beobachtungen über hochgradige Kurzsichtigkeit u. ihre operative Behandlung. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 2. p. 323.

Pergens, Ed., Ueber farbige u. farblose Augengläser. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 33. Febr.

Pflüger, Ueber Sehschärfe und ihre Messung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 5. p. 145.

Randall, B. A., Note on keratitis punctata superficialis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 706.

Randolph, R. L., Case of suppurative iridochoroiditis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 611.

Randolph, R. L., A case of chronic glaucoma with some unusual features. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 731.

Rauschenbach, Karl, Beitrag zur Pathologie u. Therapie d. Cataracta traumatica. [Basel] Schaffhausen. Druck v. Joh. Bachmann. 8. 40 S.

Richey, S. O., Management of glaucoma. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 723.

Ring, G. Orum, Successful extraction of a fragment of steel from the vitreous chamber by the *Hirschberg* magnet. Univers. med. Mag. IX. 5. p. 329. Febr.

Risley, S. D., Tumor of the optic nerve and retina. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 526.

Risley, S. D., Melanosarcoma originating in ciliary body. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 530.

Risley, S. D., Cyst of optic disc. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 606.

Rogman, Kyste séreux de la sclérotique. Ann. d'Oculist. CXVII. 2. p. 115. Févr.

Rumschewitsch, K., Zur patholog. Anatomie d. spontanen Linsenluxationen in d. vordere Kammer. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 139.

St. John, S. B., Primary sarcoma of iris. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 532.

Salva, Le champ visuel périphérique dans l'amblyopie toxique. Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 254. Avril.

Salzmann, Maximilian, Die Brechungsverminderung durch Verlust d. Linse. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 152.

Sattler, R., Ivory exostosis of the orbit. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 553.

Scheffels, Otto, Netzhautvenenerkrankung als Ursache recidivirender jugendl. Netzhaut- u. Glaskörperblutungen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Schimmelpfennig, W., Ueber einen Fall von infantiler Conjunctivalxerose mit Keratomalacie. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 41.

Schleich, Zum Wesen der Frühjahrskatarrhe (*Sämisch*). Stuttg. med. Abhandl. p. 354.

Schlodtmann, W., Ueber sulzige Infiltration d. Conjunctiva u. Sklera. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 56.

Schmidt, H., Ein Doppelspatel f. Lidoperationen. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. 95. März.

Schmidt, Wilhelm, Ueber einen Fall von Papillo-Retinitis b. Chlorose. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 164.

Schoen, W., Ueber Staar nach Krämpfen. Nebst Erwiderung von *Felix Wettendorfer*. Wien. med. Wochenschr. XLVII. 17.

Schweinitz, G. E. de, Angioid streaks in retina. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 650.

Schweinitz, George E. de, Ophthalmic memoranda. Philad. Policlin. VI. 9. p. 89. Febr.

Senn, A., Typische Hornhauterkrankung b. Anilinfärbern. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 6.

Sgrosso, Sur les effets de la galvanocaustic et de l'iridotomie externe dans le kératocone. Ann. d'Oculist. CXVII. 1. p. 46. Janv.

Silex, P., Die neuen Bestimmungen betr. Untersuchungen d. Sehvermögens d. Eisenbahnbediensteten b. d. preuss. Staatsbahnen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 16. 17.

Skeel, Frank D., A new perimeter. New York med. Record LI. 10. p. 359. March.

Standish, M., Diphtheritic conjunctivitis. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 694.

Stilling, J., Grundzüge d. Augenheilkunde. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. 368 S. mit 1 Farbentaf. u. 118 Figg. in Holzschn. 10 Mk.

Stölting, Ueber Retinitis haemorrhagica mit nachfolgendem Glaukom. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 2. p. 306.

Stoewer, Zur Casuistik d. Eisensplitter im Glaskörper d. Auges. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. IV. 2. p. 39.

Süsskind, Jacob, Klin. u. anatom. Beitrag zur Tuberkulose d. Thränendrüse. Arch. f. Augenhkde. XXXIV. 3. p. 221.

Sulzer, E., Glaucome foudroyant et abolition persistante de la circulation rétinienne. Considérations sur le rôle de la circulation intra-oculaire dans la pathogénie du glaucome. Ann. d'Oculist. CXVII. 2. p. 81. Févr.

Sulzer, D. E., Du rôle de la cornée dans la production des différences existant entre l'astigmatisme cornéen mesuré à l'aide de d'ophthalmomètre et l'astigmatisme total. Ann. d'Oculist. LXVII. 2. p. 123. Fevr.

Terson, Albert, Indications thérapeutiques dans les affections de l'appareil lacrymal. Gaz. de Par. 13.

Terson, A., Des kératites interstitielles diffuses chez l'enfant. Méd. infant. 4. 5. p. 115. 145.

Terson, Albert, Diagnostic et traitement des tumeurs intra-oculaires. Progrès méd. 3. S. V. 16.

Theobald, S., Sterilization of instruments for cataract extraction. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 628.

Transactions of the American ophthalmological Society. XXXIIth. annual meeting. Vol. VII. New London, Conn. 1896. Hartford. Published by the Soc. 8. p. 467—757.

Trousseau, A., L'opération de la cataracte. Presse méd. V. 8.

Valude, E., La kératite interstitielle dans la syphilis acquise. Ann. d'Oculist. CVII. 1. p. 40. Janv.

Valude, E., Hématome orbito-palpébral à répétition chez une hémophile. Ann. d'Oculist. CXVII. 3. p. 186.

Valude, E., Les blépharites et leur traitement. Bull. de Thér. CXXXII. 7. p. 289. Avril 15.

Visser, S., Nieuwe methode om simulatie van blindheid of zwakzienheid te ontdekken. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 300. 1896.

Visser, E., Over een geval van fibro-sarcoma sclerae.

Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 325. 1896.

Wadsworth, O. F., Embolism of central artery of retina. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 585.

Wagenmann, A., Einiges über Augenerkrankungen b. Gicht. Arch. f. Ophthalmol. XLIII. 1. p. 83.

Wettendorfer, Felix, Ein Beitrag zur Aetiologie d. juvenilen Totalstaars. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 11. 12.

Whitehead, A. L., A case of implantation cyst of the iris. Brit. med. Journ. March 20. p. 716.

Williams, C. H., Instrument to measure position of axis of cylindrical lens. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 697.

Williams, C. H., Extraction from vitreous of copper fragment located by x-rays. Transact. of the Amer. ophth. Soc. VII. p. 708.

Zimmermann, C., Traumatic exophthalmus. Arch. of Ophthalmol. XXVI. 1. p. 38.

Zimmermann, W., Die operative Heilung hochgradiger Kurzsichtigkeit durch Entfernung der Linse. Memorabilien XL. 7. p. 388. 1896.

Zimmermann, Beitrag zur Kenntniss der durch intensives Licht hervorgerufenen Veränderungen d. Sehorgans. Stuttg. med. Abhandl. p. 374.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Buddle, Donig, Gifford, Haring, Peters, Schlnefkn, Walser. IV. 1. Gradle, Schloesser; 2. Miller; 6. Galloway; 8. Blessig, Booth, Cramer, Demicheri, Emerson, Graefe, Gróse, Hitzig, Hobhouse, Kljatschkin, Knauer, Lapersonno, Lechner, Leseynsky, Manteuffel, Meisling, Milbury, Möbius, Oliver, Prince, Schlagenhaufer, Straub, Woods; 9. Schweinitz; 11. Demerson, Fuchs, Lagrange, Weiss. V. 1. Randolph; 2. a. Angelucci, Devic, Love, Morgan; 2. d. Weck. IX. Siemerling. XIII. 2. Bjeliloweky, Dolganoff, Fernandes, Kolleck, Merz, Silex; 3. Weiss. XVI. Tanc. XVIII. Vennerholm.

XI. Specielle Krankheiten der Nase, des Ohres, Kehlkopfes u. Rachens.

Alt, Ferdinand, Casuist. Mittheilungen [Ohrenheilkunde]. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 3.

Amberg, Emil, A new ear forceps, ear-syringe tip and obturator ear speculum. New York med. Record LI. 10. p. 359. March.

Barnick, Bericht aus Prof. *Habermann's* Klinik f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkr. in Graz vom 1. Oct. 1894 bis 31. Dec. 1895. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 2. p. 96.

Barr, Thomas, Case of chronic purulent inflammation of the middle ear on both sides, proving fatal by extension on the left side, through the labyrinth and auditory and facial nerves to the interior of the cranium. Glasgow med. Journ. XLVII. 4. p. 247. April.

Barth, A., Conkrementbildung im Ohr bei chron. Mittelohreiterung. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Bayeux, Raoul, Importance du mandrin dans un appareil de tubage. Gaz. hebd. XLIV. 17.

Bericht über d. Leistungen u. Fortschritte auf d. Gebiete d. Ohrenheilkunde im 4. Quartal 1896; von *Arthur Hartmann.* Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 136.

Bezold, Fr., Die Stellung d. Consonanten in d. Tonreihe. (Erster Nachtrag zum Hörvermögen d. Taubstummen.) Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 114.

Bishop, Seth Scott, Eustachian tubal catarrh; acute inflammation of the middle ear. Journ. of eye, ear and throat Dis. II. 1. p. 18. Jan.

Bleyer, J. Mount, Tone blindness (Klangfarbenblindheit) and the education of the ear. Journ. of eye, ear and throat Dis. II. 1. p. 1. Jan.

Bloch, E., Die Erkennung d. Trommelfellperforation. Ztschr. f. Ohrenhkde. XXX. 2. p. 121.

Boenninghaus, Georg, Choanenverlegung durch Schwellung d. Tubenwülste. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 3.

Bruck, Franz, Zur Therapie d. genuinen Ozaena. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 16.

Brühl, G., Ueber Thyreoidinbehandlung b. adhäsiven Mittelohrprocessen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1.

Brunner, G., Die sogen. Autophonie, i. e. die patholog. Resonanz d. eigenen Stimme. [Klin. Vortr. a. d. Gebiete d. Otologie u. Pharyngorhinol., herausgegeben von *Haug.* II. 3.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. S. 61—79. 50 Pf.

Casssedebat, P. A., Des angines couenneuses non diphthériques. Arch. gén. p. 385. Avril.

Ceconi, Angelo, Intorno al fenomeno dell'audizione colorata. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 679.

Chiari, O., Ueber primäre akute Entzündung des submukösen Gewebes des Kehlkopfs. Wien. klin. Wochenschr. X. 5.

Collet, Des troubles olfactifs dans les maladies de l'oreille. Lyon méd. LXXXIV. p. 183. Févr. 7.

Crockett, E. A., An acute syphilitic affection of the ear. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 6. p. 128. Febr.

Danziger, Fritz, Die sogen. idiopath. Perichondritis d. Nasenscheidewand (spontanes Hämatom). Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1. p. 16.

Downie, Walker, On the direct method of examining the interior of the larynx by *Kirstein's* autoscope. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 205. March.

Eckardt, Verletzungen d. Nase u. d. Gehörorgane durch „entschädigungspflichtige" Unfälle. Mittheil. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 14.

Eitelberg, A., Periostitis d. Warzenfortsatzes b. einfachem akuten u. subakuten Mittelohrkatarrh, nebst einigen Bemerkungen über transitor. Schwerhörigkeit b. Affektionen von dem Mittelohr angrenzenden Bezirken d. Gehörorgans. Wien. med. Presse XXXVIII. 12. 13.

Fayolle, Ictus laryngé. Lyon méd. LXXXIV. p. 155. Janv. 31.

Fikeis, E., Ein eigenartiger Fall von unbeabsichtigter Entfernung eines Trommelfellpolypen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Forselles, Arthur af, Ueber d. Tamponade d. Nasenhöhle bei schwerem Nasenbluten. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Fulton, Cyril, Foreign bodies in the air passages. New York med. Record LI. 8. p. 264. Febr.

Gaudier, H., Nouvelle méthode d'ablation des polypes fibro-muqueux choanaux par la voie buccale. Echo méd. I. 15.

Goodale, J. L., A case of cancerous degeneration of a laryngeal papilloma following operation. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 3. p. 58. Jan.

Goris, Note préliminaire concernant le traitement chirurgical de la tuberculose du larynx prise en début. Presse méd. belge XLIX. 14.

Grafé, A., Note sur un nouveau cas d'audition colorée. Revue de Méd. XVII. 3. p. 192.

Greene, Charles Lyman, Vomiting and intubation. New York med. Record LI. 13. p. 465. March.

Greene, T. Milton, A case of carcinoma and sarcoma of the nose. Med. News LXX. 6. p. 173. Febr.

Gruber, Jos., Bemerkungen über d. Canalis caroticus mit Bezug auf prakt. Ohrenheilkunde. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1.

Guye, Over het ontstaan van doofheid na cicatrisatie van het trommelvlies. Nederl. Weekbl. I. 6.

Habermann, Ueber Erkrankungen d. Felsentheils u. d. Ohrlabyrinths in Folge d. akuten eitr. Mittelohrentzündung. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 2. p. 128.

Hall, F. De Havilland, On diseases of the nose and throat in relation to general medicine. Lancet Febr. 6. 27. — Brit. med. Journ. Febr. 6. 20., March 6. 13.

Hallock, Wm., and Floyd S. Muckey, Vocal strain and its prevention. Journ. of eye, ear and throat Dis. II. 1. 2. p. 28. 77. Jan., April.

Heller, Richard, u. Hermann v. Schrötter, Die Carina tracheae. Ein Beitrag zur Kenntniss d. Bifurkation d. Luftröhre u. ihre klin. Wichtigkeit. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 211.

Hepp, Etude sur une forme de laryngite aiguë de l'enfance simulant le croup d'emblée. Gaz. des Hôp. 25. 28. 31. 32.

Heryng, Theodor, Ueber Larynxpapilleme u. ihre Behandl. mit Phenolum sulpho-ricinicum. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 129.

Herzfeld, J., Ueber einen aus Schwefeleisen bestehenden Rhinolithen, nebst Bemerkungen über Schwefelwasserstoffbildung innerhalb der Nase. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde u. s. w. XXXI. 2. p. 63.

Heseler, Die Epidermispfröpfe des Gehörgangs. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 1. p. 1.

Hugentobler, De l'enseignement auriculaire du sourd-muet et de la transmissibilité du son au centre nerveux auditif par intermédiaire du système osseux crânien. Lyon méd. LXXXIV. p. 298. Févr.

Hummel, Das Verhalten d. Gehörganges Fremdkörpern gegenüber u. d. Art von deren Entfernung aus dems. durch d. prakt. Arzt. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Jankau, L., Vademecum u. Taschenkalender f. Ohren-, Nasen-, Rachen- u. Halsärzte. 2. Jahrg. 1897. Leipzig. Ed. Heinrich Mayer (Einhorn u. Jäger). 16. 74 S. mit Curvennetzen u. Notizbuch. 3 Mk.

Ingals, E. Fletcher, a) Suppurating laryngeal bursa. — b) Foreign body in the nose. — c) Deflection of the nasal septum. — d) Hypertrophic catarrhal laryngitis. Med. News LXX. 7. p. 206. Febr.

Jonker, H., Twee gevalen van larynxstenose genezen door intubage. Nederl. Weekbl. I. 12.

Kirstein, Alfred, Ein Mittel, d. Beschlagen d. Kehlkopfspiegel zu verhüten. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Kirstein, A., Zur Autoskopie d. Luftwege. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12.

Kirstein, A., Combinirte Laryngoskopie. Allg. med. Centr.-Ztg. LXVI. 32.

Kitchen, J. M. W., The epiglottis as a pincushion. New York med. Record LI. 14. p. 494. April.

Köbel, Ueber Trommelfellverletzungen, mit besond. Berücksichtigung ihrer forens. Bedeutung. Stuttg. med. Abhandl. p. 410.

Krebs, Ohren- u. Nasenuntersuchungen in d. Taubstummenanstalt zu Hildesheim. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 2. p. 119.

Kretschmann, Die operative Eröffnung d. Mittelohrräume. [Klin. Vortr. a. d. Geb. d. Otol. u. Pharyngo-Rhinol. II. 1.] Jena. Gustav Fischer. Gr. 8. 27 S. mit 9 Abbild. im Text. 80 Pf.

Kuh, Edwin J., Primary cancer of the naso-pharynx cured by injections of alcohol. New York med. Record LI. 16. p. 548. April.

Lange, Victor, Ein kleiner Beitrag zur Feststellung einer Trommelfellperforation. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 211.

Leopold, Albert, Missbildungen u. Stellungsanomalien d. Zäpfchens. Inaug.-Diss. (Rostock). Wismar. Eberhardt'sche Buchdr. 8. XVI S.

Lichtwitz, Exostose de la voûte pharyngée enlevée par hasard avec des végétations adénoïdes. Arch. clin. de Bord. VI. 2. p. 94. Févr.

Lierach, Trauma u. Kehlkopftuberkulose. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 12. p. 385. 1896.

Linsenmann, Fr., Das Fibrosarkom d. Nase (Ein Fall von Chondrofibrosarkom). Inaug.-Diss. Würzburg 1896. Seuberts Buchdr. 8. 36 S.

Mc Bride, P., and A. Logan Turner, Nasopharyngeal adenoids. Edinb. med. Journ. N. S. I. 4. 5. p. 355. 471. April, May.

Mc Cullough, John W. S., Secondary hemorrhage subsequent to tonsillotomy. New York med. Record LI. 12. p. 431. March.

Mc Namara, J., Enuresis nocturna; removal of nasal polypus; recovery. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Massei, Ferd., Ueber d. akuten Veränderungen d. Kehlkopfs b. Kindern u. ihre Behandlung. Wien. klin. Rundschau XI. 7.

Milbury, Frank S., Mycosis of the tonsils and adjacent parts. Med. News LXX. 8. p. 240. Febr.

Miller, G. Victor, Ozaena; necrosis of nasal septum; ethmoiditis; brain complication; death. Brit. med. Journ. April 10. p. 913.

Moss, Robert E., Chronic suppurative otitis media. New York med. Record LI. 9. p. 301. Febr.

Mulford, Henry J., The diathetic origin of tissue overgrowth in the pharynx of the child. New York med. Record LII. 4. p. 114. Jan.

Muralt, Wilh. von, Hörübungen f. Taubstumme nach *Urbantschitsch*. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3. p. 82.

Napier, A., Case of lupus of naso-pharynx in a syphilitic subject, treated mainly by tuberculin. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 142. Febr.

Nicolle, Ch., et Hebert, Les angines à bacille de *Friedlaender*. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 67. Janv.

Pakes, W. C. C., The bacillus of *Friedlaender* in pharyngitis and tonsillitis. Brit. med. Journ. March 20.

Passow, Ueber d. Nachweis d. Simulation von Hörstörungen b. Militärpflichtigen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 11. p. 364. 1896.

Péan, Polypes des fosses nasales. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 15. p. 415. Avril 13.

Pochon, G., Corps étranger du larynx. Revue d'Obstétr. X. p. 25. Janv.

Randall, B. Alexander, The successful treatment of eczema of the ear. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 85. Febr.

Réthi, L., Kehlkopf- u. Luftröhrenentzündung in Folge von Arsenikgebrauch. Wien. med. Presse XXXVIII. 11.

Rothenaicher, Künstl. Entfernung eines einen Kirschkern enthaltenden Rhinolithen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 2.

Rugh, J. T., Congenital occlusion of the right naris, posteriorly; successful operation. Philad. Policlin. VI. 14. p. 144. April.

Saenger, M., Zur Therapie d. genuinen Ozaena. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10.

Saenger, M., Ueber die Entstehung des Näselns. Arch. f. Physiol. LXVI. 9 u. 10. p. 467.

Saenger, M., Eine neue einfache Vorrichtung zur Beseitigung der durch abnorme Communikation zwischen Mund u. Mundtheil des Rachens einerseits u. Nase u. Nasentheil d. Rachens andererseits bedingten Sprachstörung. Deutsche Ztschr. f. Chir. XLIV. 5 u. 6. p. 417.

Scheier, Max, A propos de la photographie des cavités des fosses nasales et du larynx au moyen des rayons de *Roentgen*. [Arch. internat. de Laryngol.] Paris 1896. Maloine. 8. 10 pp.

Scheier, Max, Ueber d. Verwerthung d. *Röntgen*-Strahlen in d. Rhino- u. Laryngologie. [Arch. f. Laryngol. VI. 1.] 8. 10 S. mit Abbild.

Schmidt, Moritz, Die Krankheiten der oberen Luftwege. 2. Aufl. Berlin. Julius Springer. Gr. 8. XII u. 883 S. mit 165 Abbild. im Texte u. 7 Tafeln. 15 Mk.

Schmiegelow, E., Om Strubekarcinomet, dets Diagnose og Behandling. Hosp.-Tid. 4. R. V. 12. S. 278.

Schmiegelow, E., Ein Fall von primärer tödtl.

Blutung nach d. Entfernung von adenoiden Vegetationen. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 3.

Schwendt, A., Ein Fall von angeb. doppelseit. knöchernen Verschluss d. Choanen; Heilung durch Galvanokaustik. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 3.

Seligmann, H., Ueber period. Luftverdünnung im äusseren Gehörgange. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1.

Somers, Lewis S., Traumatic perforation of the membrana tympani. Philad. Policlin. VI. 10. p. 104. March.

Stacke, Ueber d. Verwendbarkeit d. Elektromotors b. Operationen, insbes. b. Nasen- u. Ohroperationen. Arch. f. Ohrenhkde. XLII. 2. p. 81.

Stankowski, R., 2 Fälle von akutem Larynxödem nach Jodkaliumgebrauch. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 12.

Stephens, Edward, 3 cases of functional aphonia. Brit. med. Journ. March 20. p. 716.

Stetter, Erfahrungen im Gebiete d. Ohren-, Nasen- u. Halskrankheiten. Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 3.

Stibbe, D. L., Over een geval van neurose v. d. Larynx. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 320. 1896.

Stranse, Alfred, Ueber Sarkome d. Nase. Inaug.-Diss. Würzburg. Becker's Univers.-Buchdr. 8. 38 S.

Stuart, T. B. Anderson, An artificial larynx. Lancet April 17.

Theobald, A simple contrivance for effecting pneumatic massage of the tympanal membrane and ossicles. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 49. March.

Tsakyroglous, M., a) 2 Fälle von Blutegeln im Kehlkopfe. — b) Ein Fall von Laryngoplegie (Ictus laryngis). Mon.-Schr. f. Ohrenhkde. u. s. w. XXXI. 1.

Uchermann, V., Dövstumhed i Norge. Norsk Mag. f. Lägevidensk. 4. R. XII. 1. S. 12.

Weil, E., Die Hypertrophie der Rachenmandel. Stuttg. med. Abhandl. p. 396.

Weissenstein, Die Tuberkulose des Rachens. Stuttg. med. Abhandl. p. 388.

Whitney, Herbert B., Some hints as to the treatment of colds. Med. News LXX. 4. p. 100. Jan.

Wieland, Emil, Ueber Intubation b. Kehlkopfcroup. Festschr. (Hagenbach) p. 175.

Winner, W. G., Report of a foreign body in the larynx. Univers. med. Mag. IX. 2. p. 349. Febr.

Zimmermann, Gustav, Organerkrankungen in Folge von geringen Wucherungen im Nasenrachenraume. Jahrb. f. Kinderhkde. XLIV. 2. p. 222.

S. a. II. *Anatomie u. Physiologie.* III. Vansant. IV. 1. v. Basch; 2. Anton, Dallmajer, Huber, Pospischil, Vierordt, Watson; 3. Goenner; 5. Apolant, Fontoynont; 8. Collet, Fiechl, Leutert, Walker; 11. Charmeil, Jullien. V. 2. a. Alexander, Baron, Boroes, Briau, Broeckaert, Chipault, Denker, Flanders, Goldenstein, Grünwald, Mackenzie, Moure, Potter, Quervain, Rohson, Sacchi, Schultén, Seise, Thomas, Weil, Whiteledge, Wilkin, Woods; 2. c. Lane. VIII. Lewin. IX. Sanjuan. X. Couétoux. XIII. 2. Bramesfeld, Dufaud, Gibb, Shastid, Somers. XIV. 2. Lakor.

XII. Zahnheilkunde.

Apolant, Eduard, Ueber Infektion einer Zahnoperationswunde. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 93.

Arkövy, J., Periodontitis unilateralis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 1.

Arkövy, J., Ueber d. Pathologie u. Therapie d. Caries profunda. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 21.

Dalma, D., Brom als Mittel f. Wurzelbehandlung. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 60.

Frohmann, Die *Schleich*'sche Infiltrationsanästhesie b. Zahnextraktionen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 97. März.

Klinger, Sigmund, Kronen- u. Brückenarbeiten u. deren Combination mit Kautschukarbeit. Ungar. med. Presse II. 7.

Kronfeld, Robert, Ein Fall von submuköser u. subcutaner Blutung nach Extraktion eines oberen Mahlzahnes. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 16.

Lipschitz, M., Der Werth d. *Schleich*'schen Infiltrationsanästhesie b. Zahnextraktionen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 3. p. 105. März.

Neumann, H., Ueber d. Einfluss allgemeiner Erkrankungen auf die Zahnkrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Niemeyer, Heinrich, Ein Fall von Durchbruch d. rechten oberen grossen Schneidezahns durch d. Lippe im späteren Lebensalter. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 49. Febr.

Partsch, C., u. Perliński, 3. Bericht d. Poliklinik f. Zahn- u. Mundkrankheiten d. zahnärztl. Instituts d. kön. Universität Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 2. 3. 4. p. 55. 112. 175. Febr.—April.

Port, Ein asept. Instrumententisch. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 82. Febr.

Riegner, Hans, Bericht über d. techn. Abtheilung d. zahnärztl. Instituts d. kön. Universität Breslau. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 4. p. 141. April.

Sachs, W., Behandlung d. Prognathia dentalis. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 33.

Seligmann, J., Uebersicht über d. Entwickelung d. Zahn- u. Kieferprothese bis in d. neuere Zeit u. kurze Angabe d. Standpunktes ders. in d. neuesten Zeit. Oesterr.-ungar. Vjhrschr. f. Zahnhkde. XIII. 1. p. 65.

Vajna, Wilh., Papierscheiben-Declinator zum leichteren u. präciseren Finiren d. Contur-Goldfüllungen. Deutsche Mon.-Schr. f. Zahnhkde. XV. 2. p. 76. Febr.

Whitehouse, W., The judicous extraction of the first permanent molar. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 521.

S. a. II. Wallisch. IV. 8. Pernet, Rushton. V. 2. a. Arkövy, Goebel. VIII. Neumann.

XIII. Pharmakologie u. Toxikologie.

1) *Allgem. Pharmakologie. Pharmacie.*

Encyklopädie d. Therapie, herausgeg. von *Oscar Liebreich*. II. 1. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 320 S.

Fischer, Leopold, Ueber sonderbare Heilmittel. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 8. 9.

Harnack, Erich, Zur Dosirungsfrage: über Tropfengewichte. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 7.

Juckuff, Emil, Wesen u. Geltungsbereich des Dosirungsgesetzes. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Merck, E., Bericht f. d. Jahr 1896. 8. 191 S.

Schreiber, E. Cl. (Dr. *E. Clasen*), Arzneiverordnungen f. d. ärztl. Gebrauch mit besond. Berücksicht. billiger Verschreibungsweise. 3. Aufl. 2. Theil. Frankfurt a. M. Johannes Alt. Kl. 8. 218 S. 3 Mk. 80 Pf.

Unna, P. G., Neue Thatsachen über reducirende Heilmittel. Deutsche Med.-Ztg. 84. 1896.

S. a. V. 1. *Anaesthetica.* XIV. 4. Lehrbuch. XIX. Brook.

2) *Einzelne Arzneimittel.*

Abel, Ergotinol (*Vosswinckel*) als Ersatz f. Ergotin. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 8.

Adrian, Du dosage du gaïacol par la diméthylation. Nouv. Remèdes XIII. 4. p. 97. Févr.

Allan, C. M., A note on a few surgical uses of picric acid. Brit. med. Journ. Febr. 20.

Appleby, J. F. R., Guajacol in puerperal eclampsy. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 11. p. 258. March.

Armstrong, William, Methylene blue in rheumatoid arthritis. Brit. med. Journ. April 24. p. 1064.

Bardet, G., Considérations pratiques sur quelques nouvelles drogues: Condurango, glycéro-phosphates et bromoforme. Bull. de Thér. II. 3. p. 65. Févr. 8. — Nouv. Remèdes XIII. 3. p. 65. Févr.

Battistini, Ferdinando, Le digitaline del commercio con osservazioni cliniche sulla digitoxina (*Merck*). Policlin. IV. 2. 4. p. 23. 72.

Baum u. Seeliger, Steht d. Menge d. resorbirten Kupfers in proportionalem Verhältniss zur Menge der per os verabreichten Kupfersalze? Arch. f. wiss. u. prakt. Thierhkde. XXIII. 2 u. 3.

Baum u. Seeliger, Geht das d. Körper per os einverleibte Kupfer auch auf d. Fötus über? Deutsche thierärztl. Wchnschr. 36. 37.

Beckert, Carl, Ueber d. klin. Verwendbarkeit d. reinen Harnstoffs als Diureticum. Prag. med. Wchnschr. XXIII. 4. 5.

Bell, J. Malseed, Creolin after abdominal operations. New York med. Record LI. 14. p. 493. April.

Bjelilowsky, Benjamin, Ueber Anwendung von Sozojodol-Präparaten b. d. Behandlung von Augenkrankheiten. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 5.

Bina, C., Der Weingeist als arzneil. Erregungsmittel. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 11.

Bottazzi, Ph., Sur le mécanisme d'action des sels de potassium sur le coeur. Contribution à la doctrine de l'inhibition. Arch. ital. de Biol. XXVI. 3. p. 393.

Bradbury, J. B., A case of angina pectoris treated by erythrol tetranitrate, with marked benefit. Brit. med. Journ. April 10.

Bramesfeld, F., Ueber die Verwerthbarkeit des Lignosulfit in d. Therapie d. Tuberkulose, besond. d. Kehlkopftuberkulose. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. Beil.

Briot. Emploi de l'acide picrique dans le traitement des brûlures et des plaies superficielles. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 279. Avril.

Browne, J. Arthur, A note on trional. Brit. med. Journ. March 27. p. 782.

Burton, Arthur, 2 cases of high arterial tension treated with erythrol tetranitrate. Brit. med. Journ. April 3. p. 850.

Byles, James B., Technique of the treatment of syphilis by intravenous injection of mercury. Brit. med. Journ. April 3.

Cardi, Giuseppe, ed Enrico Vallini, Azione dell'antipirina sulla circulazione e secrezione renale in rapporto alla cura della poliuria semplice. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 596.

Cassedebat, A., De l'emploi de la solution saturée d'acide picrique dans le traitement des brûlures, de l'hyper-idrose et des plaies superficielles. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 4. p. 268. Avril.

Catillon, Sur l'iodothyroïdine. Bull. de Thér. II. 8. p. 232. Avril 23.

Cavazzani, Emilio, Intorno all'influenza di alcuni derivati dell'anilina sulla retrazione del coagulo sanguigno. Gazz. degli Osped. XVIII. 34.

de Christmas, Sur la jequirity. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 1. p. 94. Janv.

Classen, A., Zur Kenntniss des Amyloforms u. Glutols. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 12.

Combemale, F., Les indications et les contre-indications du traitement de l'alcoolisme par la stryohnine. Echo méd. I. 15.

Credé. Itrol (Arg. citr.) als Antisepticum. Chir. Centr.-Bl. XXIV. 8.

Crook, James K., The present status of creosote in the treatment of pulmonary tuberculosis. New York med. Record LI. 13. p. 433. March.

Cumston, Charles Greene, A note on bismuthum tribromphenylicum as a surgical antiseptic. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 2. p. 37. Jan.

Cserny, V., Ueber Carbolgangrän. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 16.

Dalché, Idiosyncrasie médicamenteuse ou susceptibilité individuelle. Intolérance d'un diabétique pour la caféine. Bull. de Thér. II. 7. p. 203. Avril 8.

D'Anna, Enrico, Sulle iniezioni endovasali di sublimato e di chinina. Policlinico IV. 5. p. 130.

De Buck, D., L'anorexie et la somatose. Belg. méd. IV. 12. p. 353.

De Buck et De Moor, La spermine comme névrosténique. Belg. méd. IV. 15. p. 449.

Delmis, X., Le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie. Gaz. des Hôp. 17.

Dolganoff, W. N., Ueber d. Wirkung d. Eucains auf d. Auge. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 51. Febr.

Döllken, A., Die Wirkung von 3 isomeren Sulfoharnstoffderivaten. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 321.

Drews, Richard, Zur Kenntniss d. Somatose. Wien. med. Presse XXXVIII. 8. 9. 10. 17.

Drury, Guaiacol in pyrexia. Dubl. Journ. CIII. p. 158. Febr.

Dubois, Traitement de la tuberculose par le mercure. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 120. Févr. 2.

Dubreuilh, Amédée, Intolerance pour le bismuth. Bull. de Thér. II. 8. p. 229. Avril 23.

Dufaud, De l'emploi du sulfate de cuivre comme moyen de traitement de l'angine herpétique pure et de son application au diagnostic différentiel des angines herpétiques compliquées. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 202. Mars.

Eichhorst, Hermann, Kryofin. Ein neues Antisepticum. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 17.

Fazio, Ferdinando, Mutismo isterico; guarigione; guarigioni inultime ottenute con l'eterizzazione. Rif. med. XIII. 42.

Fellner, Leopold, Experimenteller Beitrag zur Wirkung d. Hydrastis Canadensis u. d. Ergotins auf d. Uterus. Wien. med. Presse XXXVIII. 15. 16.

Ferdinandes, Santos, Les injections sous-conjonctivales de cocaïne en oculistique opératoire. Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 259. Avril.

Fite, C. C., Diastase in therapeutics. Med. News LXX. 6. p. 167. Febr. — Amer. Pract. and News XXIII. 5. p. 161. March.

Fornara, Domenico, Airol bei Behandlung d. Lepra. Wien. med. Presse XXXVIII. 6.

Frassi, Alfredo, Contributo alla cura della tubercolosi chirurgica colle iniezioni iodo-iodurate. Policlinico IV. 5. p. 122.

Gessler, Herm., Der therapeut. Werth d. Ozons. Stuttg. med. Abhandl. p. 206.

Gibb, Joseph, Eucain in laryngology and rhinology. Philad. med. Policlin. VI. 4. p. 31. Jan.

Gingeot et Deguy, La digitale dans la pneumonie et la grippe. Revue de Méd. XVII. 2. p. 161.

Gioffredi, Carlo, Azione degli alcool sui nervi motori, e sull'eccitabilità latente dei muscoli. Rif. med. XIII. 65.

Goldschmidt, D., Cas d'intolérance excessive pour l'antipyrine. Bull. de Thér. CXXXII. 6. p. 277. Mars 30.

Gottstein, A., Ueber eine Reaktion d. Glutols. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 95.

Grocco, Sull'emoglobinuria da chinino nei malarici. Arch. ital. di Clin. med. XXXV. 4. p. 716.

Gutmann, G., Ueb. Holocain, ein neues Anaestheticum. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Hare, H. A., Some important facts about chloroform. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 2. p. 73. Febr.

Hare, H. A., The value of camphoric acid in the treatment of night sweats. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 3. p. 164. March.

Heinz, R., u. C. Schlösser, Holocain, ein neues

Anaesthaticum. Klin. Mon.-Bl. f. Angenhkde. XXXV. p. 114. April.

Hellin, Dionys, u. Karl Spiro, Ueber Diurese. I. Die Wirkung von Coffein u. Phloridzin h. artefieieller Nephritis. Arch. f. experiment. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 368.

Heymans, J. F., et P. Masoin, Action antitoxique de l'hyposulfite de soude vis-à-vis des dinitriles normales. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 2. p. 161. Févr.

Hogarth, R. G., Case in which acute pain in the region of the stomach and pancreas was apparently produced by the continuous use of saccharin. Brit. med. Journ. March 20. p. 715.

Horowitz, Fr., Wasserstoffsuperoxyd h. Schleimhauterkrankungen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 9.

Howland, George T., The comparative treatment of gonorrhoea with permanganate of potassium, permanganate of zinc, formalin, and nitrate of silver. New York med. Record LI. 14. p. 478. April.

Jacohy, Martin, Ueber d. Einfluss d. Apentawassers auf d. Stoffwechsel einer Fettsüchtigen. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 12.

Jaffé, M., Ueber Oxysantonine u. ihre Entstehung im Thierkörper nach Darreichung von Santonin. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 538.

Jones, H. Macnaughton, Pilocarpin in eclampsia. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 367.

Julliard, G., De l'emploi du dermatol en chirurgie. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 2. p. 104. Févr.

Kaempffer, L., Ueber eine noch unbekannte Nebenwirkung des Trionals. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 122.

Kellogg, James C., Ueher d. Resorcin in d. Dermatotherapie. Histolog. Untersuchungen über d. Einwirkung dess. auf d. gesunde Hant. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 5. p. 233.

Kerry, R. A., u. E. Rost, Ueber d. Wirkungen d. Natriumperchlorats. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIX. 1 u. 2. p. 144.

Kjelgaard, Morfininjektioner forsögt som systematisk Behandling ved Hämoptyse. Hosp.-Tid. 4. R. IV. 11.

Kionka, H., Ueber d. Anwendung d. Inhalationsanaesthetica. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 142.

Kollock, C. W., Use of mercury in traumatic irido-choroideitis. Transact. of tho Amer. ophth. Soc. VII. p. 602.

Kozerski, Adolf, Ein Fall von Hautaktinomykose mit grossen Jodkaliumdosen behandelt. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 163.

Kuhn, De l'association de l'acide chromique à l'acide arsénieux dans le traitement des cancroïdes de la peau. Gaz. de Par. 5.

Laitinen, Taav., Pikkusen lisää tutkimuksiin kloroformin vaikutuksesta virtsaa erottaviin elimiin. [Beitr. z. Konntniss d. Wirkung d. Chloroforms auf d. Harnausscheidung.] Duodecim XIII. 1. s. 7.

Lang, M., Einige Bemerkungen über d. wichtigeren Arzneimittel u. ihre Nebenwirkungen. Prag. med. Wochenschr. XXII. 14. 15. 16.

Lanz, Alfred, Klin. u. experiment. Beiträge zur Pathogenese der merkuriellen Stomatitis u. Salivation. Berlin. Oscar Coblentz. Gr. 8. VII u. 167 S. mit 1 Lichtdrucktaf. 7 Mk. 50 Pf.

Legraud, A., Contribution à l'étude clinique de l'oucaine. Nouv. Remèdes XIII. 6. p. 161. Mars.

Leguen et Lihou, De l'eucaïne en chirurgie. Gaz. des Hôp. 19. 20.

Lépine, R., Sur le pyramidon. Revue de Méd. XVII. 3. p. 196.

Lévai, Josef, Untersuchungen über d. Wirkung verdünnter Carbelsäure-Aetzlaugen-Lösungen auf die labenden Gewebe, mit besond. Rücksicht auf d. Carbolgangrän. Ungar. med. Presse II. 8.

Löblowitz, J. S., Ueber d. therapeut. Verwendbarkeit d. Airols in d. dermatolog. Praxis. Arch. f. Dermatol. u. Syph. XXXVIII. 2. p. 231.

Lukasiewicz, Ueber d. Werth d. intramuskulären 5proc. Sublimatinjektionen in d. Syphilistherapie. Wien. klin. Wohnschr. X. 16.

Lyheck, E. W., Nitroglycerinin avulla hoidettu arteriosclerositapaus yhteydessä coronoriarteriosclerosin ja aortaostiumistenosin kanssa. [Anwend. d. Nitroglycerin in einem Falle von Arteriosklerose mit Sklerose d. Coronararterien u. Stenose d. Aortenostium.] Duodecim XIII. 2. s. 33.

Mac Gregor A., 2 cases of oedema of the lungs in children, treated by strophanthus. Lancet March 13. p. 735.

Maurisse, L., et G. Dassonville, De l'action antisudorale de la sauge [salvia]. Echo méd. I. 13.

Mey, Hans, Untersuchungen über Gallicin, ein neues Präparat der Gallussäure, seine antibakteriellen Eigenschaften u. seine therapeut. Verwendung in d. Ophthalmologie. Inaug.-Diss. [Basel.] Aarau 1896. Druck von H. Sauerländer u. Co. 40 S.

Meyer, Hans, Ueber d. wirksamen Bestandtheil des Ricinusöls. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 336.

Michaelis, Ad. Alf., Belladonna (Atropa belladonna) als Heilpflanze. Eine botan.-med. Studie. Berlin. Verl. d. Aktiengesellsch. Pionier. 8. 52 S. mit 1 Abbild. in Farbendr. 1 Mk. 20 Pf.

Möller, Magnus, Om lungemboliar vid injektion af olösliga qvicksilfverpreparat. Hygiea LIX. 3. s. 297.

Möller, Wilhelm, Migränin bei Neuralgien. Wien. klin. Rundschau XI. 16.

Mühlhauer, Hans, Salipyrin *Riedel* h. Peliosis rheumatica *Schönlein*. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 5.

Myszynska, Antoinette, Traitement des néphrites infectieuses par la teinture de cantharides. Gaz. hebd. XLIV. 29.

Naamé, C., Note sur l'administration du fer en injections hypodermiques dans la cachéxie paludéenne. Revue de Méd. XVII. 3. p. 199.

Nagy, Desiderius, Ueher d. hypnot. u. beruhigende Wirkung d. Pellotinum muriaticum n. d. Gallobromols h. Geisteskranken. Ungar. med. Presse II. 8.

Nied, L., Ueber Behandlung der Unterscheokelgeschwüre mit Europhen. Wien. klin. Rundschau XI. 14.

Paul, Th., u. B. Krönig, Die gesetzmässigen Beziehungen zwischen Lösungszustand u. Wirkungswerth d. Desinfektionsmittel. Münchn. med. Wohnschr. XLIV. 12.

Phillips, C. D. F., and M. S. Pambry, The physiological action of hydrastine hydrochlorate. Journ. of Physiol. XXI. 2 a. 3. p. V.

Philpots, J. R., Methylene blue in rheumatoid arthritis. Brit. med. Journ. March 27. p. 781.

Piloz, Studien über die gebräuchlichsten Schlafmittel. Wien. klin. Wohnschr. X. 5.

Plugge, P. C., La cytisine considérée comme médicament. Belg. méd. IV. 13. p. 385. — Echo méd. I. 9. — Nederl. Weekhl. I. 14.

Potts, Chas. S., Clinical notes on analgesic effect of lactophenin. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 1. p. 8. Jan.

Pouchet, Action physiologique de l'eucaïno. Nouv. Remèdes XIII. 3. 6. p. 75. 169. Févr., Mars.

Purdon, H. S., Lemons as a therapeutic agens. Duhl. Journ. CIII. p. 114. Fehr.

Pugliese, A., Action des chlorures de sodium et de potassium sur le cours de l'inanition. Arch. ital. de Biol. XXXVI. 3. p. 345.

Reclus, Panl, Eucaïne et cocaïne. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 7. p. 171. Févr. 16.

Riecke, Erhard, Ueber d. keimwidrigen Eigenschaften d. Ferrisulfats. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 2. p. 303.

Rohert, A., Rapport sur l'emploi dans l'armée de la solution saturée d'acide picrique dans le traitement des brûlures, de l'hyperydrose et des plaies superficielles. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 161. Mars.

Roberts, Leslie, The treatment of scalp ringworm bei formio aldehyde. Brit. med. Journ. April 17. p. 972.

Rost, E., Ueber d. Ausscheidung d. Gerbsäure u. einiger Gerbsäurepräparate (Tannigen u. Tannalbin) aus d. thier. Organismus. Theilweise nach Untersuchungen von *H. Spickenboom*. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 346.

Saenger, M., Ueber d. Wirkung von Hydrastis Canadensis b. Bronchialkatarrh. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 17.

Schachner, August, 2 points concerning the chloroform-ether controversy. Amer. Pract. and News XXIII. 6. p. 206. March.

Schattenmann, W., Ueber Traumatol (Jodocrésine). Therap. Monatsh. XI. 2. p. 89.

Schleich, C. L., Zur Glutolfrage. Therapeut. Monatsh. XI. 2. p. 97.

Schmey, Fedor, Schweres Exanthem nach dem Gebrauche von Salipyrin. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 175.

Schuster, Bemerkungen über einige neue Heilmittel. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10. Beil.

Shastid, Thomas H., Eucaine in atrophic rhinitis. New York med. Record LI. 15. p. 532. April.

Silex, P., Ueber Encain B. in d. prakt. Augenheilkunde. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6. Beil.

Smith, Celvin B. N., A case of actinomycosis treated by iodide of potassium. Lancet March 13.

Smith, Stanley Kellett, The prophylactic value of quinine in malaria. Lancet April 10. p. 1053.

Söderberg, Arthur, Iakttagelser vid behandling af kruposa sjukdomar, särskildt den akuta pnevmonien, med pilokarpin. Eira XXI. 5.

Somers, Lewis S., Eucaine hydrochlorate as a local anesthetic in hypertrophic rhinitis. Therap. Gaz. 3. S. XIII. 1. p. 11. Jan.

Sprengel, Jodoform-Calomel in d. Behandl. von Höhlenwunden. Chir. Centr.-Bl.XXIV. 5.

Ssergew, M., Das Verhalten d. Codeins u. Morphium zu reiner Schwefelsäure. Wratsch 1. — Petersb. med. Wchnschr. Russ. med. Lit. 4.

Stoss, Ueb. Aethernarkose im Kindesalter. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 7. p. 213.

Sykes, William, Idiosynorasy to salicylate of soda. Brit. med. Journ. April 17. p. 972.

Thayer, William Henry, Veratrum viride in puerperal convulsions. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 13. p. 307. April.

Thomson, D., Ergot in anticipation of post-partum and ether haemorrhages. Brit. med. Journ. April 10. p. 913.

Tilger, A., Ueber die Silbersalze Itrol u. Actol (*Credé*) u. ihre Anwendung in d. ärztl. Praxis. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 6.

Treupel, G., u. O. Hinsberg, Ueber d. physiolog. Wirkung einiger p-Aminophenolderivate. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 11.

Tunnicliffe, F. W., Ueber d. Wirkung d. Piperidins auf d. Kreislauf. Centr.-Bl. f. Physiol. X. 25.

Unna, P. G., Ueber Gelanthum. Deutsche Med.-Ztg. 73. 1896.

Vámossy, Z., Die Wirkung d. Opiumalkaloide auf d. Darmbewegungen. Ungar. med. Presse II. 11. 12.

Vaughan, Victor C., The physiological action and therapeutic uses of yeast nucleinic acid, with special reference to its employment in tuberculosis. Med. News LXX. 9—13. p. 257. 296. 328. 362. 387. Febr., March.

Vinci, Gaetano, Ueber das Eucain. Therap. Monatsh. XI. 2. p. 99. — Nouv. Remèdes XIII. 6. p. 167. Mars.

Vinci, Gaetano, Ueber d. anästhesirende u. tox. Wirkung einiger d. Cocain nahestehender Körper. Arch. f. Anat. u. Physiol. [physiol. Abth.] 1 u. 2. p. 163.

Waldo, Henry, Picric acid in eczema. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 331.

Waller, Augustus D., Action upon isolated nerve of anaesthetics, sedatives and narcotics. Brain LXXVI. p. 569.

Waller, C. E., Lysol — flugdödare. Hygiea LIX. 3. s. 355.

Wheeler, W. G., An incident of the early history of the introduction of sulphuric ether as an anesthetic. Boston med. and surg. Journ CXXXVI. 1. p. 8. Jan.

Wield, David, Case of marked intolerance of salicylate of sodium. Brit. med. Journ. Febr. 6. p. 331.

Wilmanns, C., Die direkte Erregung der Athmungscentra durch d. Weingeist. Arch. f. Physiol. LXVI. 3 u. 4. p. 167.

Woods, Hugh, Bismuth sulphocarbolate and bismuth oxybromide. Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 458.

Wyss, H., Die neueren Antipyretica. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 8.

Zander, Enoch, Vergleichende u. krit. Untersuchungen zum Verständniss d. Jodreaktion d. Chinins. Arch. f. Physiol. LXVI. 11 u. 12. p. 545.

S. a. I. Casciani, Heffter. II. Stockman. III. Eger, Schujeninoff. IV. 2. Blaker, Cardamatis; 6. Bevet; 8. Brauer; 9. Möller, Warfvinge; 10. Geill, Müller, Nielsen, Tonnel. V. 1. Braun, Morestin, Müller, Ninssen, Phocas. VII. Atthill. XI. Heryng, Réthi, Stankowski. XII. Dalma. XIII. 3. Haberda, Jacoby, Grasset. XVII. Boehr.

3) *Toxikologie.*

Ajello, Salvatore, Azione delle ptomaine della putrefazione sugli alcaloidi. Rif. med. XIII. 82. 83.

Allen, W. T., Note on a case of supposed poisoning by penny royal. Lancet April 10. p. 1022.

Arloing, Toxicité de la sueur. Lyon méd. LXXXIV. p. 378. Mars.

Audry, Intoxication par l'oxyde de carbone. Lyon méd. LXXXIV. p. 415. Mars.

Boehm, R., Ueber d. Gift d. Larven von Diamphidia locusta. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 424.

Bosredon, Intoxication par le poudre du pyrèthre. Bull. de Thér. CXXXII. 6. p. 275. Mars 30.

Bossard, August, Ueber seltene Formen der Quecksilbervergiftung. Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 50.

Breton, A., Intoxication alcoolique accidentelle et transitoire chez un enfant de 2 ans. Revue des Mal. de l'Enf. XV. p. 81. Févr.

Buxton, Edward, A case of poisoning by oysters. Lancet April 24. p. 1147.

Calmette, A., Sur le venin des serpents et l'emploi du sérum antivénimeux dans la thérapeutique. Ann. de l'Inst. Pasteur XI. 3. p. 214. Mars.

Campbell, Keith, Recovery after taking ℥ j of chlorodyne and 250 graines of sulphonal. Lancet March 6. p. 661.

Cowan, Creosote poisoning in a child. Glasgow med. Journ. XLVII. 2. p. 145. Febr.

Croutes, La parotidite saturnine. Gaz. hebd. XLIV. 19.

Da Costa, J. M., Rapidly occurring hemiplegia in acute lead-poisoning. Amer. Journ. of med. Sc. CXIII. 2. p. 127. Febr.

Darabseth, N. B., Some unusual after-effects of strychnia-poisoning. Lancet March 27.

Davies, Hughes Reid, A note on a fatality occurring under anaesthetics. Lancet April 10. p. 1023.

Doernberger, E., Akute Opiumvergiftung beim Kinde. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 15.

Dransart, De l'antipyrisme. Echo méd. I. 12.

Dujarier, Ch., et G. Rosenthal, Perforations de l'estomac par ingestion d'acide sulphurique; mort au bout de 9 heures; autopsie. Bull. de la Soc. anat. 5. S. XI. 5. p. 196. Févr.—Mars.

Eisenmann, A., Ein Fall von Antipyrinvergiftung. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 233.

Haan, J. de, En geval van vergiftiging door het gebruik van gekookte lever. Nederl. Weekbl. I. 6.

Haberda, Albin, Ueber Arsenikvergiftung von d. Scheide aus u. über d. lokale Wirkung d. arsenigen Säure. Wien. klin. Wchnschr. X. 9.

Haldane, J.; R. H. Makgill, and A. E. Mavrogordato, The action as poisons of nitrites and other physiologically related substances. Journ. of Physiol. XXI. 2 u. 3. p. 160.

Hill, Leonard, The causation of chloroform syncope. Brit. med. Journ. April 27.

Hoppe-Seyler, G., u. C. Ritter, Zur Kenntniss d. akuten Sulfonalvergiftung. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14. 15.

Huber, John B., Acute alcoholism and traumatisms. New York med. Record LI. 8. p. 263. Febr.

Hübener, W., Ueber d. mechan. Verhältnisse b. d. Resorption von Jodoform. Ein Beitrag zur Lehre von d. Jodoformintoxikation. Beitr. z. klin. Chir. XVIII. 1. p. 131.

Jacobj, C., Das Sphacelotoxin, d. specif. wirksame Bestandtheil d. Mutterkorns. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXIX. 1 u. 2. p. 85.

Jacoby, Geo. W., Die chron. Tabak-Intoxikation, spec. in ätiolog. u. neurolog. Hinsicht. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 2. p. 65. Febr.

Johnson, Carl, Opium poisoning. Med. News LXX. 12. p. 359. March.

King, W. W., A case of carbolic acid poisoning. New York med. Record LI. 5. p. 158. Jan.

Knauss, Ueber d. Vergiftung mit Schwefelsäure. Stuttg. med. Abhandl. p. 188.

Langer, Josef, Ueber d. Gift unserer Honigbiene. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 381.

Latham, Zur Kenntniss d. Blutveränderungen b. Vergiftungen durch Kohlenoxyd. Wien. klin. Rundschau XI. 8.

Lewin, L., Der Puls b. d. akuten Bleivergiftung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 12.

Lieven, A., Casuist. Beitrag zur Lehre von d. Merkurialerkrankungen. Monatsh. f. prakt. Dermatol. XXIV. 6. p. 302.

Mackenrodt, Chloroformasphyxie u. Luftembolie. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 12. p. 391. 1896.

Macpherson, J. S., Poisoning from eating root of scarlet runner bean. Lancet Febr. 20. p. 519.

Manouvriez, A., Intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel, composé de nitrate de soude, de lignite pyriteux et de déchets de laine gras. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 10. p. 306. Mars 9.

Matignon, J. J., De l'atriplisme, intoxication par l'arroche. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 97. Févr.

Mitchell, Louis T., A fatal case of poisoning by red oxide of mercury. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 11. p. 257. March.

Mögele, K., Ueber einen Fall von Sublimatvergiftung mit tödtl. Ausgange. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 9.

Mosso, U., et F. Ottolenghi, Action toxique de l'acétylène. Arch. ital. de Biol. XXXVI. 3. p. 325.

Oberdieck, Friederike, Beitrag zur Kenntniss d. Alkoholismus u. seiner rationellen Behandlung. Arch. f. Psych. XXIX. 2. p. 579.

Pal, J., Das Herz b. d. Phosphorvergiftung. [Jahrb. d. Wien. Krankenanst. III.] 8. 13 S.

Pouchet, Des empoisonnements causés par les champignons. Progrès méd. 3. S. V. 9.

Raymond, F., Paralysies arsénicales et troubles secsitivo-moteurs consécutifs à l'empoisonnement arsénical. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 6. p. 321. Nov.—Déc. 1896.

Ruge, Hans, Anatomisches u. Klin. über d. Bleisaum. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 287.

Seydel, Ueber Petroleumvergiftung. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 325. 1896.

Siemon, Otto, Ein Vergiftungsfall nach Einathmung grosser Mengen von Benzin. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 11. p. 366. 1896.

Starcke, Franz, Ueber d. Wirkungen d. Giftes d. Larven von Diamphidia locusta (Pfeilgift d. Kalachari). Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 428.

Thompson, William H., Case of copaiva poisoning. Brit. med. Journ. Febr. 27. p. 522.

Wallace, Frank F., Poisoning by antipyrin; recovery. Lancet Febr. 6. p. 409.

Webster, Edwin, Poisoning by antipyrin; recovery. Lancet Jan. 30. p. 309. — Brit. med. Journ. Febr. 20. p. 458.

Weiss, Hugo, Ueber Pilzvergiftung mit Augenmuskellähmung. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 103.

Weiss, Hugo, Ueber Pilzvergiftungen. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 12. 13. 14.

Wiglesworth, Thomas R., Case of cyanide of potassium poisoning; recovery. Brit. med. Journ. April 24. p. 1039.

Worrall, E. S., Case of ptomaine poisoning from eating turkey. Brit. med. Journ. April 3.

Zutz, W., Ueber d. Einwirkung einiger Krampfgifte auf d. Körpertemperatur warmblütiger Thiere. Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakol. XXXVIII. 5 u. 6. p. 397.

S. a. II. Dexler. III. Aufrecht, Gurrieri. IV. 2. Baccelli; 8. Argètoyano, Ceni, Moser, Ross; 9. Nohécourt. IX. Bonhoeffer, Jacobson. X. Salva. XIII. 2. Combemale. XVI. Carrana, Köstlin, Stolper.

XIV. Allgemeine Therapie.

1) *Bäder und Kurorte; Klimatologie.*

Bädertag, d. 25. schlesische, u. seine Verhandlungen, nebst d. med., d. statistischen Verwaltungs- u. d. Witterungs-Berichte f. d. Saison 1896. Bearbeitet u. herausgeg. von *P. Dengler.* Reinerz. Verl. d. schles. Bädertags. 8. 222 S.

Balneologencongress, 18. zu Berlin. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 14. 15. 16. 17.

Beissel, J., Allgem. Brunnendiätetik. Anleitung zum Gebrauche von Trink- u. Badekuren. Berlin. A. Hirschwald. 8. VI u. 165 S. 2 Mk. 40 Pf.

Berthenson, Les ressources balnéaires de la Russie. [Gaz. des Eaux.] Paris 1896. Impr. de la Cour d'appel. 8. 16 pp.

Bosányi, Béla, Aerztl. Bericht über d. Wintersaison 1895—1896 im Schlammbade St. Lucasbad (Ofner Thermen). Aerztl. Centr.-Anzeiger VIII. 30. 31. 1896.

Bosányi, Béla, Winterkuren in Thermalbädern. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 7.

Coggi, Costantino, Contributo allo studio delle acque selentiose. Gazz. degli Osped. XVIII. 28.

Davidsohn, Hugo, Die Fango- [Mineralschlamm vulkan. Ursprungs] Kuranstalt zu Berlin. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13.

Dengler, Schutz der Heilquellen in Preussen. 25. schles. Bädertag p. 91.

Egger, Ueber die Indikationen für Hochgebirgsaufenthalt Lungenkranker. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4. p. 114.

Gruhe, Karl, Allgem. u. specielle Balneotherapie mit Berücksicht. d. Klimatotherapie. Berlin. A. Hirschwald. Gr. 8. VII u. 235 S. 7 Mk.

Hoffmann, G., Ueber Moorprodukte. 25. schles. Bädertag p. 130.

Jones, W. Black, The barium water of Llangammarch wells. Lancet Febr. 13. p. 481.

Keller, Hermann, Das Armensoolbad in Rheinfelden. Kurzer histor. Bericht über d. Anstalt. Aarau. Druck von H. R. Sauerländer u. Co. Gr. 8. 8 S. mit 2 Tafeln.

Kisch, E. Heinrich, Die Verbindung der Bewegungstherapie mit d. Balneotherapie. Wien. klin. Rundschau XI. 17.

Levertin, A., Vestfossens svafvolkälla i Norge. Hygiea LIX. 3. Sv. läkaresällsk. förh. s. 12.

Levertin, A., Om kolsyrebadet och dess indikationer. Förh. vid Nord. Kongr. f. inv. Med. s. 39.

Lindemann, E., Das Seebad vom hydriat. Standpunkte. Fortschr. d. Hydrother. p. 150.

Malinas, A., Le sanatorium de Nossi-Comba. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 107. Févr.

Meyen, Aphorismen über Moorbäder. 25. schles. Bädertag p. 126.

Perl, Johann, Arco, Gries, Meran. Wien. klin. Rundschau XI. 15.

Rosemann, Rudolf, Die Mineral-Trinkquellen Deutschlands. Nach d. neuesten Analysen verglichen u. zusammengestellt. Mit einer Vorbemerkung von Prof. Dr. *Hugo Schulz*. Greifswald. Julius Abel. 8. 182 S.

Scholz, Der schles. Bädertag seit 25 J. u. d. badeärztl. Thätigkeit. 25. schles. Bädertag p. 21. 42.

Siebelt, Beitrag zur Frage d. Hygieine in d. Kurorten. 25. schles. Bädertag p. 81.

Talbott, Eugene F., The result of a Western hold up. New York med. Record LI. 14. p. 493. April.

Turner, William, Ronda in Andalusia. Brit. med. Journ. March 27. p. 799.

Wachenfeld, Die Nauheimer Quellen u. ihre Wirkung. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 3. p. 143.

Walter, Schutz d. Badeverwaltungen durch d. Bädertag gegen unverschuldete Angriffe in d. Oeffentlichkeit. 25. schles. Bädertag p. 133.

S. a. I. Casciani. IV. 2. Gabrilowitsch, Luhbers; 4. Groedel, Kisch, Mitchell, Schott, Solis; 5. Wiohodzew; 11. Neisser. VI. Keller. XV. Adam, Hoffmann, Kratzert, Wille. XIX. Ward.

2) *Hydrotherapie, Massage, diätet. Kuren.*

Auerbach, Siegmund, Ueber instrumentelle Bauchmassage. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 156.

Baruch, Simon, Ueber d. Wichtigkeit d. Präcision in d. hydriat. Technik. Fortschr. d. Hydrother. p. 96.

Baruch, Simon, Fehlgriffe in d. Hydrotherapie. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 3. p. 129.

Dumstrey, Ueber Veränderungen am Herzen durch Bad u. Gymnastik, nachgewiesen durch *Röntgen*-Strahlen. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Fodor, Julius, Ueber Variationen in d. Therapie, iesbes. d. Hydrotherapie. Fortschr. d. Hydrother. p. 186.

Fortschritte d. Hydrotherapie. Festschrift zum 40jähr. Doctorjubiläum von Prof. Dr. *Winternitz*, herausgeg. von *A. Strasser* u. *B. Buxbaum*. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Gr. 8. IV u. 330 S. mit Abbild. 8 Mk.

Kellogg, J. H., Anwendung von Wärme nach einer neuen Methode. Fortschr. d. Hydrother. p. 126.

Kümmerling, Winke zur Ausführung d. Massage. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 17.

Laker, Carl, Die Anwendung d. Massage b. d. Erkrankungen d. Athmungsorgane (Nasen-, Rachen-, Kehlkopf- u. Brustkrankheiten). Leipzig u. Wien. Franz Deuticke. 8. 73 S. mit 32 Abbild. 1 Mk. 50 Pf.

Löwy, Emil, Ernährungskuren (Mastkuren). Fortschr. d. Hydrother. p. 277.

Müller, Fritz, Die Einrichtung einiger medicomechan. Institute in Deutschland. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 16.

Navarre, Sur les bains douches à bon marché. Lyon méd. LXXXIV. p. 196. Févr. 7.

Robertson, Alex., Illustrations of hydropathy in practice. Glasgow med. Journ. XLVII. 3. p. 213. March.

Rosenthal, O., Ueber d. therapeut. Verwendung d. heissen Wassers, namentl. b. Hautkrankheiten. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18. Beil.

Scholder, La mécanothérapie, sa définition et ses indications d'après le système Zander. Revue méd. de la Suisse rom. XVII. 4. p. 281. Avril.

Schütze, Karl, Beitrag zur Behandlung d. croupösen Pneumonie. Fortschr. d. Hydrother. p. 43.

Storosohoff, H., Zur Frage über d. Entwicklung d. Hydrotherapie in Russland. Fortschr. d. Hydrother. p. 70.

Strasser, Alois, Das Verhalten d. Stoffwechsels b. hydriat. Therapie. Fortschr. d. Hydrother. p. 242.

Thilo, Otto, Uebungen. [*v. Volkmann's* Samml. klin. Vortr. N. F. Nr. 176., Chir. Nr. 50.] Leipzig. Breitkopf u. Härtel. Lex.-8. 36 S. mit eingedr. Holzschn. u. 2 Tafeln. 75 Pf.

Vierordt, O., Zur Einführung d. Hydrotherapie in d. praktisch zu lehrenden Unterrichtsgegenstände. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 11.

Vinaj, G. S., Das abgekühlte Bad. Fortschr. d. Hydrother. p. 36.

S. a. IV. 2. Daniels, Stoffella; 3. Klein; 4. Groedel, Hirschfeld, Mitchell, Schott, Solis; 5. Baum, Reid; 7. Ütschiok; 8. Sadgor, Webber, Winternitz; 9. Kraus; 10. Thomson; 11. Pick. V. 1. Woolsey; 2. e. Lucas. VI. Herzl, Seigneux. XI. Theobald. XIV. 1. Kisch. XX. Senfelder.

3) *Elektrotherapie.*

Gessler, Hermann, Die ärztl. Anwendung d. Elektricität. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 5. 6. 8.

Komppa, Gust., Uudesta elektrolyttisesta dissosiatsioni-teoriasta. [Ueber eine neue Dissociationstheorie d. Elektrolyse.] Duodecim XIII. 3. s. 84.

Schivardi, Plinio, Manuale teorico pratico di elettroterapia. 2. ediz. Milano. Francesco Vallardi. 8. 568 pp. 6 Mk.

S. a. I. *Elektrotechnik*. IV. 5. Goldbaum; 8. Sadgor. V. 1. Marcus; 2. d. Lang, Newman. X. Ring, Sgrosso. XI. Schweudt, Stacke. XV. Maudry.

4) *Verschiedenes.*

Armstrong, William, A cure by hypnotism. Med. News LXX. 5. p. 142. Jan.

Barré, 4 observations de guérison par la désintoxication du sang. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 5. p. 113. Févr. 2.

Brügelmann, Suggestive Erfahrungen u. Beobachtungen. Ztschr. f. Hypnot. V. 5. p. 256.

Brunet, Félix, Action physiologique et thérapeutique du suc pulmonaire. Gaz. hebd. XLIV. 26.

Buchner, Hans, Zu *Robert Koch's* Mittheilung über neue Tuberkulinpräparate. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 15.

Butlin, Henry T., The treatment of malignant disease by the injection of toxins of erysipelas. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 299.

Catillon, De l'iodo-thyroïdine et des préparations à base de corps thyroïde. Bull. de Thér. II. 5. p. 129. Mars 8. — Nouv. Remèdes XIII. 5. p. 129. Mars.

Chaesevant, Sur la thyroïdine. Bull. de Thér. II. 7. p. 201. Avril 8.

Chossat, Ueber d. Anwendung d. Frigotherapie. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 2.

Coley, William B., The treatment of malignant disease by the injection of toxins of erysipelas. Brit. med. Journ. March 6. p. 625.

Cooper, Hunter P., A simple method of transfusion. New York med. Record LI. 10. p. 360. March.

Davies, Hughes Reid, Treatment of malignant tumours by mixed toxins. Lancet Febr. 13.

Deucher, P., Ueber d. Resorption d. Fettes aus Klystieren. Deutsches Arch. f. klin. Med. LVIII. 2 u. 3. p. 210.

Freyhan, Die Weiterentwicklung d. Oganotherapie. Mon.-Schr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. V. 2. p. 154.

Grande, Emanuele, Il polmone in opoterapia. Rif. med. XIII. 33.

Gürber, Ueber d. Einfluss d. Thyreoidins auf d. Stoffwechsel. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 7. 1896.

Hallervorden, Neurochem. Therapie. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 6.

Hiller, Arnold, Ueber künstliche Ernährung u. künstl. Nahrung. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 3. p. 54.

Hirsch, G., Beitrag zur Organotherapie. Sperminum Poehl. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 7.

Jaboulay, La greffe de corps thyroïde et de capsules surrénales dans les maladies de ces glandes. Lyon méd. LXXXIV. p. 399. Mars.

Koch, R., Ueber neue Tuberkulinpräparate. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14. — Münchn. med. Wochenschr. XLIV. 14. Beil. — Semaine méd. XVII. 16.

Kürsteiner, Ueber Organotherapie. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 8. p. 241.

Lehrbuch d. allgem. Therapie u. d. therapeut. Methodik, herausgeg. von *A. Eulenburg* u. *Samuel*. 1. u. 2. Lief. Wien u. Leipzig. Urban u. Schwarzenberg. Lex.-8. S. 1—128 mit eingedr. Holzschn. Je 1 Mk. 50 Pf.

Mendelsohn, Martin, Ueber d. Euthanasie. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 2. p. 36.

Meyer, George, Ein Kasten zur ersten Hülfe b. Unglücksfällen u. plötzl. Erkrankungen u. zum sonstigen Gebrauche f. Aerzte. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 236.

Organotherapie s. IV. 8. *Mackenzie, Tambroni;* 9. *Blondel, Bourneville, Förster, Schilling, Senator.* VI. *Fosberg.* IX. *Caverly, Lücy.* XI. *Brühl.* XIII. 2. *Catillon.* XIV. 4. *Brunet, Catillon, Chasserant, Freyhan, Grande, Gürber, Hirsch, Jaboulay, Kürsteiner, Ross, Schiff, Stoppato.*

Ross, Entgegnung [Jodothyrin]. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Schiff, Arthur, Ueber d. Beeinflussung d. Stoffwechsels durch Hypophysis- u. Thyreoidea-Präparate. Ztschr. f. klin. Med. XXXII. Suppl.-Heft p. 284.

Sematzki, J. von, Die Behandlung d. malignen Tumoren mittels d. Streptococcuskultur u. d. Mischkulturen von Streptococcus u. Bacillus prodigiosus. Centr.-Bl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. VIII. 7.

Serumtherapie s. III. *Arloing, Bonhoff, Bordet, Courmont, Dzierzgowski, Grandin, Lustig, Marenghi, Neufeld, Sacharow, Washbourn, Wassermann.* IV. 2. *Békésy, Blaker, Boake, Bókay, Celli, Cheatham, Cooper, Detwiler, Dobczynski, Enquête, Ganghofner, Giovanelli, Gottstein, Herman, Höfling, Jacob, Klein, Lopex, Marsack, Peste, Petit, Pitfield, Pope, Proudfoot, Roux, Rumpf, Smith, Steele, Timascheic, Turner, Weisbecker, Wendling, Wieland, Yersin, Zuppinger;* 3. *Martin, Pane, Spurrell;* 4. *Fox;* 7. *Destot;* 10. *Dios Carrasquilla.* VII. *Coombs, Cummins, Douglas, Edmunds, Mapleton.* X. *Ammann.* XIII. 3. *Calmette.* XIV. 4. *Butlin, Coley, Davies, Sematzki.*

Stoppato, Natale, Contributo allo studio dell' organoterapia in pediatria. Policlinico IV. 8. p. 172.

Thieroelin, E., Die Enteroklyse, insbes. in ihrer Anwend. b. d. infektiösen Gastro-Intestinalerkrankungen d. Säuglinge. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 2.

Thomson, H., Ueber d. Anwendung von Kochsalzlösungen b. akuten Blutverlusten. Petersb. med. Wochenschr. N. F. XIV. 6.

S. a. I. Casciani. II. Heller, Liebig, Loewy, Voit. III. Buse, Kuthy. IV. 2. Robin; 3. Amidon; 8. Crocq; 9. Dapper, Thomson. VII. Lawers. XIII. 1. Encyklopädie.

XV. Hygieine. Sanitätspolizei. Gewerbekrankheiten.

Adam, Eignen sich Kurorte zu Feriencolonien? 25. schles. Bädertag p. 142.

Ahlfeld, F., Die Heisswasser-Alkoholdesinfektion u. ihre Einführung in d. allgem. Praxis. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Albu, Albert, Die Wirkungen körperl. Ueberanstrengungen beim Radfahren. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 10. vgl. a. p. 210.

Alkoholismus s. IV. 8. *Bleuler, Moser, Ross.* IX. *Bonhoeffer, Jacobson, Ransohoff.* XIII. 2. *Combemale;* 3. *Breton, Huber, Oberdieck.* XV. *Bode, Brunnberg, Brunon, Marandon, Martius, Nörrenberg, Schlangenhausen, Snell.* XVI. *Köstlin.*

Bardet, G., Considérations sur l'hygiène culinaire dans ses rapports avec la pathologie générale et le régime. Bull. de Thér. CXXXII. 3. 7. p. 97. 298. Févr. 15, Avril 15.

Berger, Heinrich, Die gesundheitl. Verhältnisse in den Schulen des Kreises Neustadt am Rübenberge. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 2. p. 189.

Bode, Wilhelm, Rathschläge an Trinker u. ihre Freunde. Hildesheim. München. J. F. Lehmann. 8. 158. 10 Pf.

Bornstein, Karl, Ueber Fleischersatzmittel. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 8.

Braidwood, P. Murray, Accidents attending vaccination. Lancet April 24.

Brouardel, Compte rendu de la conférence internationale de Venise du 19. Mars 1897. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 14. p. 388. Avril 6.

Brunnberg, T., Redogörelse för hemmet Sans-Souci i Upsala [asyl för alkoholister]. Hygiea LIX. 1. s. 120.

Brunon, Les progrès de l'alcoolisme en France. Gaz. des Hôp. 46.

Collingridge, William, On quarantine. Lancet March 13. 20. 27. — Brit. med. Journ. March 13. 20.

Craik, Robert, Introductory lecture on hygiene, public health and preventive medicine. Montreal med. Journ. Nov. 1896.

Discussion sur l'assainissement de la fabrication des allumettes. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 8. 9. p. 200. 243. Févr. 28, Mars 3.

Drews, Richard, Ueber Kufeke's Kindermehl. Centr.-Bl. f. innere Med. XVIII. 10.

Ebstein, Wilhelm, Zur Geschichte d. Pockenimpfung. [Sep.-Abdr. a. „d. ärztl. Praktikor".] Dresden. V. W. Esche. Lex.-8. 11 S.

Edel, Alexander, Zur Schularztfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Epstein, Ferdinand, Zur Frage d. Alkoholdesinfektion. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 1. p. 1.

Eulenberg, H., u. Theod. Bach, Schulgesundheitslehre. 2. Aufl. 4. Lief. Berlin. J. J. Heine's Verl. Gr. 8. S. 321—480.

Eulenburg, A., Ein Beitrag zur Schulüberbürdungsfrage. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Farkas, Engen, Die Ernährung d. ungar. Arbeiters. Ungar. med. Presse II. 14.

Fraenkel, C., Die Verunreinigung d. Salzbach-Mühlgrabens an d. Hammermühle b. Biebrich durch d. Abwässer d. Wiesbadener Kläranlage. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 391.

Gärtner, A., Die Hygiene d. Trinkwassers. Berlin. S. Karger. 8. 32 S. mit 11 Abbild. 75 Pf.

Gowers, W. R., Should epileptics marry? Lancet Febr. 20. p. 554.

Hallervorden, E., Abhandlungen zur Gesundheitslehre d. Seele u. d. Nerven. I. Arbeit u. Wille, Personenkunde oder klin. Psychologie zur Grundlegung d.

Psychohygiene. 3. Heft. Würzburg. A. Stuber's Verl. (C. Kabitsch). 8. 60 S.

Heim, Die neuen Quellwasserfassungen der Stadt Zürich. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4. p. 115.

Hertel, Axel, Om Arbejdsstillinger. Hosp.-Tid. 4. R. V. 13. S. 297.

Hervieux, Des mesures à prendre en l'absence d'une loi sur la vaccine obligatoire. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 13. p. 365. Mars 30.

Hiller, Arnold, Ueber künstl. Ernährung u. künstl. Nahrung. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 4. p. 92.

Hirschberg, E., Idiosynkrasie gegen Krebse. Therap. Monatsh. XI. 3. p. 175.

Hoffmann, Fäkalienfortschaffung in Badeorten. 25. schles. Bädertag p. 144.

Holst, Axel, Zur Geschichte d. Prostitutionsfrage in Norwegen. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXIX. 2. p. 285.

Juel-Nielsen, L., Prostitutionsspörgsmaalet. Straf eller Sundhetsforboldsregel? Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 11.

Kratzert, Bewegungsspiele u. Gymnastik f. Kurorte. 25. schles. Bädertag p. 153.

Kühner, A., Grundriss d. öffentlichen u. privaten Gesundheitspflege. [Med. Biblioth. 93—100.] Leipzig. C. G. Naumann. 8. VIII u. 506 S. 4 Mk.

Lannois, Vaccinations chez les vieillards. Lyon méd. LXXXIV. p. 526. Avril.

Lehmann, J., Sundhedsvedtägterne i 1896. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 10.

Lehmann, K. B., Einige Beiträge zur Bestimmung d. hygien. Bedeutung d. Zinks. Arch. f. Hyg. XXVIII. 4. p. 291.

List, E., Ueber Maltonweine u. d. Stellungnahme d. Wissenschaft zu denselben. Arch. f. Hyg. XXIX. 1. p. 96.

Lucas, R. Clement, How to stop the inflammation from vaccination when running to excess. Brit. med. Journ. Jan. 30. p. 263.

M'Clintock, Charles T., A new practical desinfecting material. Med. News LXX. 16. p. 485. April.

Mendry, Ueber einen Unfall durch elektr. Hochspannungsstrom. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 9.

Marandon de Montyel, La thérapeutique de l'alcoolisme par internement prolongé des buveurs. Revue de Méd. XVII. 1. p. 23.

Martin, R. A., Vaccination and schools. Philad. Policlin. VI. 5. p. 42. Jan.

Martius, Wilhelm, Trunksucht u. Unzucht. Ein offenes Wort an d. gebildete Männerwelt. Stuttgart 1896. Chr. Belser'sche Verlagshandl. 8. 48 S. 80 Pf.

Marx, Ueber d. heutigen Klärmethoden f. Kanalwässer u. deren Werth. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXIX. 2. p. 260.

Mörner, Carl Th., Ueber ein eigenthüml. Nahrungsmittel [Gährfisch], nebst einigen Beobachtungen über darin angetroffene Fäulnissbasen. Ztschr. f. physiol. Chemie XXII. 6. p. 574.

Morse, J. L., The home modification of milk. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 10. p. 200. March.

Musmeci, Nicolai, L'attenuazione dei virus e l'immunità patologica nei rapporti colla pubblica profilassi delle vaccinazione. Gaz. degli Osped. XVIII. 37.

Nocht, Uebersicht über d. Handhabung d. gesundheitspolizeil., d. Abwehr d. Einschleppung fremder Volksseuchen dienenden Controlle d. Seeschiffe b. verschied. Staaten. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. I. 1. p. 21.

Nörrenberg, Bücherhallen u. Wirthshäuser. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinksitten VII. 4.

Olshausen, H., u. J. J. Reincke, Ueber Wohnungspflege in England u. Schottland. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXIX. 2. p. 195.

Oppler, Bruno, Ueber Nährpräparate als Fleischersatzmittel mit besond. Berücksicht. d. Nutrose. Therap. Monatsh. XI. 4. p. 201.

Oslaender, A., Von d. Versamml. d. Heizungs- u. Lüftungs-Fachmänner vom 31. Aug. bis 4. Sept. 1896 in Berlin. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVI. 3 u. 4. p. 87.

Pfuhl, E., Untersuchungen über d. Verwendbarkeit des Formaldehydgases zur Desinfektion grösserer Räume. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 2. p. 289.

Pouchet, G., et Edmond Bonjean, Contribution à l'analyse des eaux potables: méthodes employées au laboratoire du comité consultatif d'hygiène publique. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 150. Févr.

Reid, G. Archdall, Should epileptics marry? Lancet April 3. p. 988.

Richter, M., Die Mundpflege d. Soldaten. Militärarzt XXXI. 5 u. 6.

Richter, Paul, Ueber Haarfarbe u. Haarfärbung. Dermatol. Ztschr. IV. 1. p. 34.

Roberg, Ueber Lüftung von Arbeiterwohnungen. Vjhrschr. f. öff. Geshpfl. XXIX. 2. p. 241.

Rondot, Note sur l'adultération des eaux potables de Curco-au Mont d'Or, et sur les moyens d'y remédier. Lyon méd. LXXXIV. p. 5. Janv. 3.

Rotch, T. M., The use of modified milk in health and disease. Med. News LXX. 14. p. 417. April.

von Schab, Beitrag zur Desinfektion von Leihbibliotheksbüchern. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 4.

Schlengenhausen, Fr., The proposed legislation for habitual drunkards. Lancet March 20. p. 840.

Schlechtendahl, G. A., Die Barmer Badeanstalt u. ihr Betrieb in gesundheitl. Beziehung. Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVI. 3 u. 4. p. 76.

Schumburg, Ein neues Verfahren zur Herstellung keimfreien Trinkwassers. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 10.

Snell, Alkohol u. Bergsteigen. Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinks. VII. 4.

Spener, Ueber Veränderungen d. Corsets. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. XXXVI. 2. p. 352.

Stahleporth, H., Tinned salmon. Lancet April 17. p. 1116.

Staub, Ueber Müllverbrennung. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 4. p. 117.

Stutzer, A., Illustrationen zu d. Thema „d. Ausübung d. Lebensmittelcontrole". Centr.-Bl. f. allg. Geshpfl. XVI. 3 u. 4. p. 71.

Tappeiner, Meine Lebensweise. Bl. f. klin. Hydrother. VII. 3.

Terribery, Muscular fatigue from occupation. Journ. of nerv. and ment. Dis. XXIV. 3. p. 172. March.

Tunstall, Albert E., A case of wool-sorters disease. Lancet Febr. 6. 13. 27. p. 377. 480. 624. 841. 1175. — Brit. med. Journ. Febr. 13. p. 480, March 20, April 24.

Vallin, Sur l'assainissement de la fabrication des allumettes. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. p. 141. Févr. 9.

Vincent, H., Sur le meilleur mode des stérilisation des filtres Chamberland et des cruches destinées à recueillir l'eau filtré. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 2. p. 81. Févr.

Voit, Carl von, Ueber d. Bedeutung d. Fleischextraktes als Nahrungsmittel u. als Genussmittel. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 9.

Weir, Robert F., On the desinfection of the hands. New York med. Record LI. 14. p. 469. April.

Weyl, Th., Die erste deutsche Anlage zur Fäkalverbrennung. Hygien. Rundschau 4.

Weyl, Th., Hyg. Anordnungen an Abladeplätzen f. Müll. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 427.

Wills, J. P., Disease notification in health resorts. Brit. med. Journ. April 17. p. 1009.

S. a. I. Casciani, Griessmayer, Siegfried, Wittmaack, Zuntz. II. Terray, Weiske. III. Coured, Marpman, Roux. IV. 2. Brunzlow, Hauoe, Lop, Otis, Smee, Steinach; 8. Benedikt, Bignami, Cambelly, McConnell, Semple;

9. Battistini, De Renzi, Höeslin, Oettinger, Scherk; 11. Grön, Hammor. V. 1. Fürbringer. VIII. Drewe, Monti, Werner. X. Görtz, Senn, Silex. XIII. 2. Drewe; 3. Buxton, Jacoby, Manouvriee, Pouchet, Weiss. XVII. Kirchenberger. XIX. Menee, Schloth. XX. Hervieux, Pietor, Reubold.

XVI. Staatsarzneikunde. Gerichtliche Medicin. Unfall-Heilkunde.

Becker, Zur Begutachtung Unfallkranker mit inneren Verletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 308. 1896.

Blasius, Ueber d. Folgen einseitiger u. doppelseit. Castration für d. Erwerbsfähigkeit u. d. Entschädigung dieses Schadens. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 9. p. 264. 1896.

Bonnet, H., Contribution à l'article 8 de la loi du 30juin 1838. [Disposition.] Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 2. p. 219. Mars—Avril.

Bourdon, L'infanticide dans les législations anciennes et modernes. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 136. Janv.

Carrara, Mario, Mutilazione dei genitali in un cadavere. — Avvelenamento per arsenico dalla via vaginale. — Strangolamento. — Avvelenamento per clorato di potassa. — Lesioni agonali. Gazz. degli Osped. XVIII. 40.

Chiodera, Luigi, Contributo allo studio delle ecchimosi punteggiate sottopleuriche, sottopericardiche, sottopericraniche e timiche in varii generi di morti asfittiche violente. Arch. ital. di Clin. med. XXXVI. 1. p. 54.

Coeter, Ph. E., Gerechtelijk-geneeskundig verslag omtrent den geestestoestand van Mej. V. Geneesk. Tijdschr. voor Nederl. Indië XXXVI. 5 en 6. blz. 289. 1896.

Demuth, Die gerichtsärztl. Sektionen im Landgerichtsbezirke Frankenthal 1886—1895. Ver.-Bl. d. pfälz. Aerzte XIII. 2. p. 33.

Dittmer, Ueber d. Zweckmässigkeit von speciell f. Unfallverletzte einzurichtenden Arbeitsnachweisestellen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 10. p. 324. 1896.

Doutrebente, Les adjudications dans les asiles d'aliénés. Ann. méd.-psychol. 8. S. V. 2. p. 228. Mars—Avril.

Dufour, Mode singulier de pendaison. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 3. p. 291. Mars.

Dumas, Le secret professionel et les déclarations des maladies épidémiques en France. Semaine méd. XVII. 13.

Freund, C. S., Zur Kenntniss d. Simulation b. Unfallverletzten. Mittheil. d. Inst. f. Unfallverl. in Breslau p. 20.

Grasset, E., Empoisonnement par absorption d'un liniment composé du chloroforme, belladonne, datura, opium et jusquiamo; condamination du pharmacien. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 170. Févr.

Haberda, Zur Lehre von d. agonalen Verletzungen. Wien. klin. Wchnschr. X. 8.

Heller, Arnold, Ueber d. Nothwendigkeit d. gesetzl. Einführung von Verwaltungs-Sektionen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 387.

Kaufmann, C., Zur Verwendbarkeit d. *Röntgen'*-schen Skiagraphie b. d. Begutachtung d. Verletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 9. p. 258. 1896.

Köstlin, K., Delirium tremens; 3facher Mord. Württemb. Corr.-Bl. LXVII. 4. — Internat. Mon.-Schr. z. Bekämpf. d. Trinksitten XVII. 3.

Kratter, Julius, Zur Kenntniss n. forens. Würdigung d. Geburtsverletzungen. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 354.

Ledig, Die Pflicht d. Arztes zur Verschwiegenheit. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 13.

Loffmann, Henry, Legal decisions affecting physicians. Philad. Policlin. VI. 5. p. 43. Jan.

Lövinson, Die Pflicht d. Arztes zur Verschwiegenheit. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Moeller, J., Die forens. Bedeutung d. Exkremente. Wien. klin. Rundschau XI. 11.

Moyer, Harold N., Medical legislation in Illinois. Medicine III. 4. p. 287. April.

O'Connell, Joseph J., The medico-legal aspect of insanity. Med. News LXX. 15. p. 454. April.

Olshausen; Pietor, Obergutachten d. kön. wiss. Deputation f. d. Medicinalwesen, betr. ärztl. Kunstfehler. Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 267.

Pouchet, G., Bactériologie appliquée à la médecine légale. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 3. p. 209. Mars.

Rehmann, Ein Criminalfall [Aufhenkung von Kindern]. Bad. ärztl. Mittheil. LI. 2.

von Schrenck-Notzing, Ueber Suggestion u. Erinnerungsfälschung im Berchthold-Processe. Ztschr. f. Hypnot. V. 5. 6. p. 277. 307.

Siemerling, E., Casuist. Beiträge zur forens. Psychiatrie. Berlin. Aug. Hirschwald. Gr. 8. 172 S. 4 Mk. — Vjhrschr. f. gerichtl. Med. 3. F. XIII. 2. p. 274.

Steinbach, L. W., A case of kleptomania in association with uterine and rectal disease. Philad. Policlin. VI. 6. p. 55. Febr.

Stolper, P., Die Kohlendunstvergiftung in gerichtl.-med. Hinsicht. Ztschr. f. Med.-Beamte 4.

Thiem, C., Beitrag zur Darlegung d. Nutzens d. Röntgographie bei der Beurtheilung von Verletzungen. Mon.-Schr. f. Unfallhkde. III. 9. p. 260. 1896.

Truc, H.; J. Gandibart et Rouveyroles, Contribution à l'étude de l'oeil et de la vision chez les criminels. Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 242. Avril.

Wolff, L., En blick från medicinsk synpunkt på den moderna kriminal-antropologien. Hygiea LIX. 3. s. 358.

S. a. I. Heffter. III. Roncoroni. IV. 8. Fürstner, Jolly, Kompe, Thiem. V. 1. Bum, Dumstrey; 2. b. Sohane; 2. c. Steinthal; 2. e. Loew. IX. Marandon. X. Visser. XI. Eckardt, Köbel. XIII. 3. *Gerichtl. Toxikologie.* XIV. 1. Dengler.

XVII. Militärärztliche Wissenschaft.

Blessirtenträgerausbildung. Militärarzt XXXI. 3.

Boehr, E., Ueber einen Fall von Invalidität in Folge einer Chloroformnarkose. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 2. p. 49.

Haetreiter, Ein neuer Tornister. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 3. p. 97.

Kirchenberger, Mittheilungen über d. Sanitätswesen einiger fremder Armeen. Militärarzt XXXI. 3. 5 u. 6.

Le Fort, R., L'organisation et le fonctionnement du service de santé italien pendant la campagne de l'Erythrée (1895—1896). Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. p. 216. Mars.

Majewski, Konrad, Die Tragmatte. Ein Vorschlag zur Sanitätsausrüstung im Gebirgskriege. Wien. med. Presse XXXVIII. 9.

Myrdace, Reiseerinnerungen aus Russland. Militärarzt XXXI. 5 u. 6.

Pitot, J., Les blessés de la prise de Tananarive. Arch. de Méd. et de Pharm. mil. XXIX. 3. 4. p. 185. 286. Mars, Avril.

Sherwell, S., The charcoal dressing in military surgery. New York med. Record LI. 5. p. 154. Jan.

Toetivint, Ueber Transportmittel für Verwundete im Gebirgskriege. Militärarzt XXXI. 4. 5 u. 6.

Widenmann, Kriegschirurgisches aus Deutsch-Ostafrika. Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. XXVI. 2. p. 65.

S. a. IV. 4. Kisch. V. 1. Köhler, Majewski; 2. c. Link; 2. e. Liermann. XI. Passow. XV. Richter.

XVIII. Thierheilkunde. Veterinärwesen.

Arndt, Ueber d. Bedeutung d. Tuberkulins in der Veterinärmedicin. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Brusahettini, A., Erwiderung auf d. Artikel von Dr. *Marx*, betr. meine Untersuchungen über d. Aetiologie der Hundswuth. Centr.-Bl. f. Bakteriol. u. s. w. XXI. 5.

Dexler, H., Physiolog. u. klin. Untersuchung über einen weissen Hund mit blauen Augen u. Taubheit. Ztschr. f. Thiermed. I. 2. p. 124.

Gehauer, Milzbrand h. Pferde. Ztschr. f. Thiermed. I. 1. p. 43.

Hoffmann, L., Ueber d. Heilung d. Pfeiferdampfes. Ztschr. f. Thiermed. I. 1. p. 1.

Hoffmann, Die Bezieh. u. d. gegenwärt. Stand d. Thierheilkunde zur humanen Medicin. Stuttg. med. Abhandl. p. 235.

Marek, J., Beiträge zur pathol. Histologie der Schweineseuche. Ztschr. f. Thiermed. I. 1. p. 10.

Opie, Eugene L., On the hemocytozoa of birds. Bull. of the Johns Hopkins Hosp. VIII. 72. p. 52. March.

Serhien, Schweinezucht- u. Schweineexport-Verhältnisse. Ztschr. f. Thiermed. I. 2. p. 81.

Sherrington, C. S., Cataleptoid reflexes in the monkey. Lancet Febr. 6.

Springer, Carl, Ueber einen Fall von tödtl. Ankylostomiasis h. einem Affen (Inuus erythraeus). Prag. med. Wchnschr. XXII. 16.

Tempel, Dignathia unilateralis h. Schaf. Ztschr. f. Thierhkde. I. 2. p. 92.

Vennerholm, J., a) Papillenstasis beim Pferde; Papillenatrophie. — b) Luft in d. Venen; Tod. — c) Thrombose d. Art. cruralis (u. hypogastrica?). — d) Rippenfraktur h. Pferd. — e) Peripher. Facialisparese nebst nasalem Asthma. Ztschr. f. Thiermed. I. 1. p. 36. 38. 40. 41. 42.

Vennerholm, J., a) Resektion des Calcaneus bei einem Elch. — b) Darmschnitt bei einem Hunde. — c) Kryptorchismus beim Hunde. — d) Magenschnitt bei einem Hunde. Ztschr. f. Thiermed. I. 2. p. 118. 119. 121. 123.

S. a. I. Siegfried. II. *Zoologie, vergleichende Anatomie u. Physiologie.* III. *Thierexperimente, vergl. Pathologie.* IV. 2. Borgey, Blanquinque, Bussenius, Malenohini, Palamidessi; 12. Ratz.

XIX. Medicin im Allgemeinen. Ausbildung der Aerzte. Standesinteressen. Hospitäler. Volksschriften. Statistik.

Årsberättelse från Maria sjukhus i Helsingfors för år 1896; afgifven af Dr. *R. Sievers*. Nr. II. Helsingfors. Centraltryckeri. 8. 62, 28 och 11 s.

Ballet, G., L'exercice de la médecine dans les communes des départements frontières. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 4. p. 333. Avril.

Bardeleben, Karl von, Zur neuen med. Prüfungsordnung. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Bergmann, Ernst von, Die Heranziehung ärztl. Honorare zur Gewerbesteuer. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 5.

Berthenson, Leo, Ueber die Nothwendigkeit d. Belehrung d. Techniker in d. 1. Hülfe h. Unglücksfällen u. plötzl. Erkrankungen bis zur Ankunft d. Arztes. [Zeitschr. f. Gewerbehyg. u. s. w.] Wien. V. Steiner. 8. 18 S.

Blessing, Henrik G., Von der norweg. Fram-Expedition. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 16.

Brauser, Aus d. preuss. Aerztekammern. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 17.

Brooks, Walter, The dispensaries of New York City. New York med. Record LI. 10. p. 335. March.

Bruck, Alfred, Hausapotheke u. Kurpfuscherei. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 44.

Brunner, Aus d. preuss. Aerztekammern. Münchener med. Wchnschr. XLIV. 16.

Civilstand d. Stadt Frankfurt a. M. im J. 1896. Tabellar. Uebersichten. Frankfurt a. M. Druck von Reinhold Mahlau, Fr. Mahlau u. Waldschmidt. Lex.-8. 32 S.

Cohn, Emanuel, Ueber d. Beziehungen d. Vereinsschwestern vom rothen Kreuz zu d. sogen. „wilden“ Pflegerinnen. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 3. 4. p. 66. 84.

Csapodi, Stefan, Ein Beleg für Massenuntersuchungen. Ungar. med. Presse II. 15.

De Buck, L'avenir de la carrière médicale. Belg. méd. IV. 13. p. 389.

Erblichkeit s. II. *Hallervorden, Valenta.* III. *Bloch.* IV. 2. *Szegö*; 8. *Achard, Barr, Bonnus, Favero, Gasne, Jendrassik, Pauly, Schwoner, Spiller*; 11. *Düring, Labbé.* V. 1. *Petrén.* IX. *Caverly, Prince.* X. *Hosch.*

Felkl, Zur Frage d. Meisterkrankenkassen. Prag. med. Wchnschr. XXII. 11. 12.

Festschrift, *Eduard Hagenbach-Burckhardt* zu seinem 25jähr. Professorenjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Basel u. Leipzig. Carl Sallmann. Gr. 8. 236 S. mit 3 Tafeln. 4 Mk. 80 Pf.

Finger, E., Die Aufgaben d. neuen Aerztekammer. Wien. med. Presse XXXVIII. 12.

Flachs, Ein med. Spaziergang nach Paris. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 8.

Freudenthal, W., Ueber d. wirthschaftl. Niedergang in d. ärztl. Praxis. New Yorker med. Mon.-Schr. IX. 2. p. 88. Febr.

Geuns, Jh. van, De medische wetenschap de meest gevaarlijke vijand der levensverzekering? Nederl. Weekbl. I. 13.

Grotjahn, R., Ein neuer Apparat zur Herstellung eines Dauerbettes. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 3. p. 63.

Hanauer, W., Ehrengerichte u. sociale Lage des ärztl. Standes. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Handerson, H. E., Cleveland in the census rapports. Clevel. med. Gaz. XII. 5. p. 257. March.

Haupt, August, Bericht über die Reconvalescentenanstalt zu Neuenhain im Taunus. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 2. p. 95.

Heckcher, Oscar, Om Undervisningen i Gynäkologi og Obstetrik ved Köbenhavns Universitet. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 9.

Herrnheiser, I., Zur allgem. Aerzteversammlung. Prag. med. Wchnschr. XXIII. 7. 8.

Hamoet, J. J., Geneeskundige armenzorg in Arnhem. Nederl. Weekbl. I. 6.

Hurd, Henry M., Hospital organization and management. Univers. med. Mag. IX. 7. p. 488. April.

Jacobsohn, Paul, Die vornehme Kunst Kranke zu pflegen. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 2. p. 39.

Jameson, J., Services as a factor in education. Lancet Febr. 6.

Kaatzer, Peter, Ueber d. Heranziehung d. ärztl. Privatkliniken zur Gewerbesteuer. Deutsche med. Wochenschr. XXIII. 7.

Körpertemperatur s. II. *Schultz.* III. *Mygge, Schaefer.* IV. 2. *Petit*; 5. *Benham*; 7. *Alexander*; 8. *Pembrey.* V. 2. a. *Guye.* VII. *Sarway.* VIII. *Mirinescu.* XIII. 3. *Zutz.*

Kramer, Ueber d. Verhältniss d. ärztl. Standes gegenüber den Versicherungsgesellschaften. Schweiz. Corr.-Bl. XXVII. 3.

Lauenstein, Carl, Der Assistenzarzt. Winke f. angehende Hospitalassistenten, Volontärärzte u. zum Garnisonlazareth commandirte jüngere Militärärzte. Berlin. E. S. Mittler u. Sohn. 8. VIII u. 164 S. 3 Mk.

Lazarus, Julius, Krankenpflege. Handbuch für Krankenpflegerinnen u. Familien. Berlin. Julius Springer. 8. VII u. 298 S. 4 Mk.

Lazarus, Julius, Ueber d. Krankenzimmer. Ztschr. f. Krankenpfl. XIX. 4. p. 73.

Malischew, S. M., Eine Notiz f. d. Besucher d. XII. internat. med. Congresses in Moskau im Aug. 1897. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 14.

Martin, L., Kulihospitäler an der Nordostküste Sumatras. Arch. f. Schiffs- u. Tropen-Hyg. I. 1. p. 39.

Marty, Professions et développement physique. Etude statistique. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 4. p. 305. Avril.

Medicinische Abhandlungen. Festschrift d. Stuttgarter ärztl. Vereins zur Feier seines 25jähr. Bestehens am 6. März 1897. Redigirt von *A. Dealma*. Stuttgart. E. Schweizerbart'sche Verlagshandl. 8. VI u. 474 S. mit 1 Tafel.

Mense, C., Hygiein. u. med. Beobachtungen aus d. Congogebiete. Wien. klin. Rundschau XI. 6. 7.

Meyer, S., Om vederlagsfri Hospitalsindlæggelse og vederlagsfri Desinfektion. Ugeskr. f. Läger 5. R. IV. 7.

Nečas, Zur Frage d. Meisterkrankenkassen. Prag. med. Wchnschr. XXII. 13.

Neefe, M., Ueber d. Einfluss d. Wohlhabenheit auf d. Sterblichkeit in Breslau. Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. XXIV. 2. p. 247.

Pečirka, Ferdinand, Die Prager med. Witwengesellschaft. Prag. med. Wchnschr. XXII. 7.

Petřina, Rechenschaftsbericht über d. Thätigkeit d. Vorstandes d. deutschen Sektion d. Aerztekammer f. d. Königreich Böhmen im J. 1896. Prag. med. Wochenschr. XXII. 14. 15.

Prüfungsordnung, deutsche med., Revision. Bad. ärztl. Mittheil. LI. 1.

Rosenfeld, Siegfried, Med. Beiträge zur Handhabung des Unfallversicherungsgesetzes. Wien. med. Presse XXXVIII. 16. 17.

Schlemmer, G., Déontologie médicale; la question de l'ordre des médecins. Ann. d'Hyg. 3. S. XXXVII. 2. p. 125. Févr.

Schloth, Mekka-Pilgerzüge aus d. Osten. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 8. 9.

Schwartz, Oscar, Die Kurpfuschereifrage nach d. Beschlüssen d. internat. hygiein. Congresses in Budapest. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 15.

Schwartz, Oscar, Zur Geschichte eines 50jähr. Kampfs f. d. Reform d. Medicinalverfassung Preussens. Deutsche med. Wchnschr. XXIII. 18.

Sendtner, J., Die Combination d. Hängematte mit d. Lehnstuhl, ein neues Lagerungsmittel. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 11.

Straub, Busdokters en beden. Nederl. Weekbl. I. 16.

Vallas, L., Réflexions sur une proposition de loi ayant pour objet de prévenir et réprimer les abus commis dans l'exercise de la médecine. Écho méd. I. 11.

Versammlung deutscher Naturforscher u. Aerzte zu Frankfurt a. M. 1896. Wien. med. Presse XXXVIII. 6. 8. 11. 12. 14. 16.

Ward, Robert De C., The teaching of climatology in medical schools. Boston med. and surg. Journ. CXXXVI. 5. p. 103. Febr.

Weber, F. Parkes, Remarks on the medical aspect of a system of compulsory insurance of the working classe. Brit. med. Journ. Febr. 13.

Weinberg, Todesursachen in Stuttgart im 18. u. 19. Jahrhundert. Stuttg. med. Abhandl. p. 39.

Wiggin, Frederick Holme, The country doctor. Med. News LXX. 4. p. 105. Jan.

S. a. II. Bouchard. V. 1. Terrier. VIII. Schlossmann. XVI. Olshausen.

XX. Med. Geographie, Geschichte, Bibliographie, Biographien.

Camphell, O. B., Progress of medical science in the united states. Clevel. med. Gaz. XII. 5. p. 271. March.

Elben, R., Geschichte d. Stuttgarter ärztl. Vereins. Stuttg. med. Abhandl. p. 11.

Finlayson, James, An account of the life and works of Dr. *Robert Watt*, author of the „Bibliotheca Britannica". London. Smith, Elder and Co. 46 pp. with a portrait. 3 Sh. 6 P.

Fox, R. Hingston, On *William Hunter* and his friends. Lancet Febr. 20.

Fraenkel, Alex., Sir *Spencer Wells*. Wien. klin. Wchnschr. X. 6.

Granoher, J., *J. Straus*. Arch. de Méd. expérim. IX. 1. p. 1. Janv.

Gurlt, E., Med.-naturwissenschaftl. Nekrolog des J. 1896. Virchow's Arch. CXLVIII. 1. p. 178.

Guttstadt, *Sonderegger*. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 13.

Heath, Christopher, On *John Hunter* as a surgeon. Lancet Febr. 20. — Brit. med. Journ. Febr. 20.

Hervieux, E., Introduction de la vaccine en France. Bull. de l'Acad. 3. S. XXXVII. 7. p. 180. Févr. 16.

Horand, Notice biographique sur *J. Rollet*. Lyon méd. LXXXIV. p. 11. 44. 84. 119. Janv. 3. 10. 17. 24.

Huber, J. Ch., Nachträge zu Soranus von Ephesus. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 14.

Jacobi, A., The semi-centennial of the New York Academy of Medicine. New York med. Record LI. 10. p. 325. March.

Karutz, Medicinisches aus Westafrika. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 5.

Kossel, A., Zur Erinnerung an *Eugen Baumann*. Ztschr. f. physiol. Chemie XXIII. 1. p. 1.

Kronfeld, Adolf, *Emil du Bois-Reymond*. Wien. med. Wchnschr. XLVII. 5. 6.

Meige, Henry, Les peintres de la médecine. Nouv. Iconogr. de la Salp. IX. 6. p. 381. Nov.—Déc. 1896. X. 1. 2. p. 45. 127. Janv.—Avril.

Nekrolog: Prof. Dr. *Nicolai von Zdekauer*. Petersb. med. Wchnschr. N. F. XIV. 4.

Nonne, *Carl Eisenlohr*. Mittheil. a. d. Hamb. Staatskrankenanst. I. 1. p. 3.

Pagel, J., Histor.-geograph. Bemerkungen über d. Beulenpest. Berl. klin. Wchnschr. XXXIV. 6.

Pekelharing, C. A., In memoriam Dr. *S. K. Hulshoff*. Nederl. Weekbl. I. 15.

Petersen, Julius, Om *Simon Paulli* og *Thomas Bartholin*. Hosp.-Tid. 4. R. V. 13. S. 296.

Pistor, M., *Laurenz Sonderegger* u. d. öffentliche Gesundheitspflege. Vjhrschr. f. öff. Gesbpfl. XXIX. 2. p. 193.

Pyle, Walter L., The therapeusis of precious stones. Medicine III. 2. p. 111. Febr.

Reubold, Histor. Bemerkungen über d. Schutzpockenimpfung unter Vorlage einer engl. Carricatur aus d. Anfange dieses Jahrhunderts. Sitz.-Ber. d. physik.-med. Ges. zu Würzb. 6. 1896.

Senfelder, Leopold, Die Hippokratische Psychro- u. Thermotherapie. Wien. klin. Rundschau XI. 11—17.

Snellen, H., In memoriam Prof. *D. D. Doijer*. Klin. Mon.-Bl. f. Augenhkde. XXXV. p. 65. Febr.

Tigerstedt, Robert, *Emil Du Bois-Reymond*. Hygiea LIX. 1. s. 123.

v. Vogl, *Ernst Brand*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 13.

Wide, Anders, *Carl Herman Sätherberg*. Hygiea LIX. 1. s. 133.

Winckel, F. von, Sir *Thomas Spencer Wells*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 10.

Ziemssen, H. von, *Karl Ewald Hasse*. Münchn. med. Wchnschr. XLIV. 11.

S. a. IV. 8. Buschan; 9. Feer; 10. Blaschko, Brault, Tribondeau; 11. Vierordt. VI. Herzl. IX. Snell. XIV. 1. Keller. XV. Ebstein.

D. Miscellen.

1. **Die neue preussische Medicinaltaxe,** ***historisch entwickelt.*** Ein Beitrag zur Geschichte des ärztl. Standes in Brandenburg-Preussen von Dr. Heinrich Joachim in Berlin. Zweite, veränderte und vermehrte Auflage. Berlin 1896. Oskar Coblentz. 8. 136 S. (2 Mk. 50 Mk.)

Die erste Auflage des fleissigen und culturhistorisch interessanten kleinen Werkes ist bereits Bd. CCXLVII. p. 213 dieser Jahrbücher eingehend besprochen. Inzwischen ist die neue Gebührenordnung nach entsprechenden Aenderungen vom preussischen Medicinalminister thatsächlich erlassen und die alte Taxe durch preussisches Landesgesetz aufgehoben. Die Ausführungen Joachim's lassen ersehen, wie sich allmählich die Angelegenheit in den verschiedenen Jahrhunderten entwickelte, und wie, was der Vergleich mit dem Preise der wichtigsten Lebensmittel ergiebt, die Werthschätzung der ärztlichen Leistungen wenigstens bezüglich der Minimalbeträge besonders in diesem Jahrhundert zurückgegangen ist, wenn auch die neue Gebührenordnung vielfach breiten Spielraum nach oben bin in einer sonst bei Taxen nicht üblich gewesenen Weise gewährt. Die Lektüre des Buches kann nur empfohlen werden.

R. Wehmer (Berlin).

2. **Die preussische Gebühren-Ordnung für approbirte Aerste und Zahnärste vom 15. Mai 1896.** Mit Einleitung, Anmerkungen u. Sachregister; von Geh. Ober-Reg.-Rath Dr. A. Foerster. Nebst einem Anhang: *Der ärztliche Gebührenanspruch und seine gerichtliche Geltendmachung.* 3. unveränderte Aufl. Berlin 1896. Rich. Schoetz. Kl. 8. 80 S.

Dass die neue preussische Gebührenordnung, die nach längeren Anregungen und Begutachtungen von Entwürfen der Aerztekammern und nach gesetzlicher Aufhebung der alten Taxe vom preussischen Medicinal-Minister erlassen wurde, von so hervorragender Seite, wie Foerster, interpretirt wurde, ist mit ganz besonderem Danke anzuerkennen. Bietet doch naturgemäss eine derartige neue Bestimmung mit ihren zahlreichen Einzelvorschriften eine solche Fülle von Unterfragen, dass zumal in der ersten Zeit der Arzt wie der die Liquidation festsetzende Medicinalbeamte oft genug Schwierigkeiten finden wird.

Der Taxe, auf deren Einzelsätze, bez. deren materiellen Inhalt hier kritisch nicht einzugehen ist, hat Foerster eine die Motive und die Entstehung kurz darlegende Einleitung vorangeschickt. Die Taxbestimmungen selbst werden durch zahlreiche klar gehaltene Fussnoten erläutert. Dass Foerster für den leider jetzt oft genug zur Einklagung seiner Forderungen genöthigten Arzt die näheren Bestimmungen über den *Gebührenanspruch und seine Geltendmachung* mit praktischen Rathschlägen klar und leicht verständlich dargelegt hat, wird von den Aerzten besonders freudig empfunden werden.

Ein alphabetisches Sachregister erhöht noch die Brauchbarkeit des wohl zu empfehlenden kleinen Werkes.

R. Wehmer (Berlin).

3. **Contribution à l'étude de l'oeil et de la vision chez les criminels;** par H. Truc, J. Gandibert et Rouveyroles. (Ann. d'Oculist. CXVII. 4. p. 241. Avril 1897.)

In früherer Zeit hat man jeden Verbrecher einfach für einen Lumpen angesehen mit voller Verantwortlichkeit für sein Thun und hat ihn darum bestraft. Im Anfange dieses Jahrhunderts begann der Glaube sich auszubreiten, dass der Verbrecher ein Kranker sei, den man darum beklagen und heilen müsse. Heutzutage gilt jeder Verbrecher für einen „Dégénéré“, für einen Menschen, weder gesund, noch krank, sondern einfach für ein fehlerhaftes Produkt einer ererbten Krankheit. Und darum spricht man jetzt nicht mehr vom Strafen und Behandeln, sondern vom Bessern und Schützen. Lombroso und seine Schüler haben eine Menge von Entartungszeichen, die häufig bei den Verbrechern vorkommen und für sie geradezu charakteristisch sein sollen, angegeben. Das gewöhnliche Volk (oder wenigstens die Dummen und Boshaften darunter) sieht schon in jedem Schielenden, Buckligen, Rothhaarigen einen Verdächtigen.

Die Vff. haben sich nun der grossen Mühe unterzogen, die Insassen der Strafcolonie Aniane (Hérault), zu untersuchen, und zwar vor Allem deren Augen. Die Insassen der Anstalt sind Spitzbuben, Mörder u. s. w. im Alter von 20—40 Jahren, stammen fast ausschliesslich von Verbrechern und Dirnen ab und waren in 95% Rückfällige, also ein Menschenmaterial, das gewiss Stigmata des Verbrechens an den Augen zeigen müsste, wenn solche überhaupt existiren. Allein trotz der genauen Untersuchung der Augen, der Prüfung des Sehvermögens, des Gesichtsfeldes, der Refraktion, des Farbensinnes, der Schädelbildung, des Augenspiegelbefundes u. s. w. konnten die Vff. auch nicht einen einzigen bestimmten, allgemeiner vorkommenden Fehler der Augen finden, sondern die Augen glichen denen der Mehrzahl der übrigen Menschen, nur dass die 362 Verbrecher einen ungewöhnlich hohen Procentsatz sehr scharf sehender Augen aufwiesen. Das Gesichtsfeld, das in den letzten Jahren doch zu so viel absonderlichen Deutungen benutzt wurde, war durchaus normal.

Lamhofer (Leipzig).

Sach-Register.

Namen-Register.

* bedeutet Bücheranzeigen.

Leipzig, Walter Wigand's Buchdruckerei.

SCHMIDT'S JAHRBÜCHER

DER

IN- UND AUSLÄNDISCHEN

GESAMMTEN MEDICIN.

UNTER MITWIRKUNG VON

Prof. Dr. A. WINTER

REDIGIRT VON

Dr. P. J. MÖBIUS und Dr. H. DIPPE

IN LEIPZIG.

Band 254.

JAHRGANG 1897. — Nr. 6.

LEIPZIG 1897.

Rossplatz 8.

VERLAG VON OTTO WIGAND.

Inhalt.

A. Auszüge.

Erscheint jährlich in 12 Heften zum Preise von 36 Mark.

Ausgegeben den 15. Juni 1897.

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, richten.

Inhalt.

A. Auszüge.

I. Medicinische Physik, Chemie und Botanik.

II. Anatomie und Physiologie.

III. Allgemeine Pathologie u. pathologische Anatomie.

IV. Pharmakologie und Toxikologie.

INTELLIGENZBLATT

zu den

Jahrbüchern der in- und ausländischen gesammten Medicin.

№ 6.] Insertionsgebühren werden mit 30 Pf. für die gespaltene Petitzeile berechnet. Schriften für das medicinische Publikum dürften nur durch unsere Jahrbücher am schnellsten und erfolgreichsten bekannt gemacht werden. [**1897.**

Ich **verkaufe** zu den beigesetzten **mässigen** Preisen:

Centralblatt f. klin. Medizin. Bd. 1—14 (bis 93). **Geb.** Statt M. 285 **M. 120**
Eulenburg's Realencyclop. der ges. Medizin. 3. Aufl. Bd. 1—9 (bis 96). **Geb.** Statt M. 157 **M. 108**
Gerhard's Handb. d. Kinderkrankh. Neueste Aufl. cplt. **Geb.** Statt M. 173.90 **M. 75**
Centralblatt f. d. ges. Medizin. Jahrg. 1—10 (bis 92). **Geb.** Statt M. 500 **M. 200**
Hermann's Handbuch der Physiologie. 6 Bde. **Geb.** Statt M. 137 **M. 85**
Guttmann's Jahrb. f. Aerzte. Bd. 1—9 (bis 86). **Br.** Statt M. 153 **M. 25**
Canstatt-Virchow-Hirsch, Jahresber. über d. Leistgn. und Fortschritte der ges. Medicin. 1841—93. **Geb.** Statt M. 1727.40 **M. 650**
— derselbe. Neue Folge von Virchow-Hirsch allein. 1866—93. **Geb.** Statt M. 975 **M. 450**
British Medical Journal. 1876—85. **Geb. u. brosch.** Statt M. 350 **M. 70**
Therapeut. Monatsh. 1887/94. **Geb.** Statt M. 96 **M. 42**
Brockhaus, Conversat. Lexikon. Neueste Aufl. 16 Bde. **Geb.** Statt M. 160 **M. 100**
Realencyclopädie der ges. Pharmacie. 10 Bde. **Geb.** Statt M. 185 **M. 75**
Volkmann's klinische Vorträge. 1870—93. **Geb. u. br.** Statt M. 222.75 **M. 70**
Verhandlungen d. Congresses f. innere Medicin. 1882 bis 1893. 12 Bde. **Geb.** Statt M. 110 **M. 50**
Centralblatt f. Bakteriologie. Bd. 1—18. 1887—95. **Geb.** Statt M. 252 **M. 175**
Berliner klinische Wochenschrift. 1864—93. **Geb.** Statt M. 658 **M. 130**
Vierteljahrsschrift für ärztl. Polytechnik. Jahrg. 1 bis 12 (bis 90). **Br.** Statt M. 88 **M. 25**
Deutsche medicin. Wochenschrift. 1875—94. **Geb.** Statt M. 462 **M. 180**
Schlechtendal's Flora v. Deutschland. 5. Aufl. 30 Bde. u. Register. **Origbd.** Statt M. 266 **M. 150**

Alles complet und in bestem Zustand!

Ich kaufe jederzeit zu soliden Preisen: Schmidt's Jahrbücher der innern Medizin; Virchow's Archiv für pathologische Anatomie; Zeitschrift für Psychiatrie; Archiv für Physiologie etc.

Alfred Lorentz, Medizin. Antiquariat, **Leipzig.**

Dr. Fedor Plessner

Curhaus für Nervenleidende

Wiesbaden

30 Sonnenbergerstrasse, Parkvilla.

Behandlung aller organ. und function. Erkrankungen des Nervensystems einschl. des **Morphinismus, Cocainismus** etc. — Psychosen ausgeschlossen. Doch werden **psychopath. Reconvalescenten** aufgenommen. — Kleine Patientenzahl. **Centralheizung. — Elektr. Beleuchtung.**

Bad Köstritz.

Station: Linie Leipzig-Probstzella.

Trockene warme Sandbäder,

Sool-, Fichtennadel- und andere Bäder, **Massage.** Ausgezeichnete Erfolge bei **Rheumatismus, Gicht, Neuralgie, (Ischias), Nierenleiden, Exsudaten.** Eröffnung 1. Mai.

Prospekte gratis und franko durch die Direktion.

Dr. Kothe's

Sanatorium Friedrichroda

für Nervenkranke u. Reconvalescenten.

= **Auch Entziehungskuren.** =

San.-Rath Dr. **Kothe.** Dr. **Lippert,** Ass. etc.

Verlag von **August Hirschwald** in Berlin.

Soeben erschien:

Technik und praktische Bedeutung

der Asepsis bei der Behandlung der Harnleiden

von Dr. **Rob. Kutner.**

1897. 8. Mit 8 Textabbildungen. 1 Mark.

Säuglingsernährung

und

Säuglingsspitäler

von Prof. Dr. **O. Heubner.**

1897. gr. 8. Mit 19 Curven und 1 Skizze. Preis 1 M. 60 Pf.

Verlag von OTTO WIGAND in LEIPZIG.

Ueber Pessarien. Ein klinischer Vortrag von Prof. Dr. med. **M. Sänger,** Docent für Geburtshülfe u. Gynäkologie an der Universität Leipzig. **1 Mark.**

V. *Neuropathologie und Psychiatrie.*

VI. *Innere Medicin.*

VII. *Geburtshülfe, Frauen- und Kinderheilkunde.*

VIII. *Chirurgie, Augen- und Ohrenheilkunde.*

Um Einsendung von Sonder-Abzügen, Dissertationen etc. wird ergebenst gebeten. Alle Sendungen wolle man an die Expedition, Leipzig, Rossplatz 3, richten.

Für die Redaktion verantwortlich: *Dr. P. J. Möbius* und *Dr. H. Dippe*. — Druck von Walter Wigand in Leipzig.